



**STUDI IMPLEMENTASI KEBIJAKAN PENCEGAHAN DBD  
(PERATURAN DAERAH NOMOR 5 TAHUN 2010) DI  
KECAMATAN TEMBALANG KOTA SEMARANG  
PROPOSAL TESIS**

**Untuk memenuhi persyaratan  
mencapai derajat Sarjana S2**

**Program Studi  
Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat  
Konsentrasi  
Administrasi dan Kebijakan Kesehatan**

**Oleh:  
MUHAMMAD IQBAL  
NIM : 25010116410025**

**PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KESEHATAN MASYARAKAT  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS DIPONEGORO  
SEMARANG  
2018**

## HALAMAN PERSETUJUAN

### STUDI IMPLEMENTASI KEBIJAKAN PENCEGAHAN DBD (PERATURAN DAERAH NOMOR 5 TAHUN 2010) DI KECAMATAN TEMBALANG KOTA SEMARANG

Telah disetujui sebagai Usulan Penelitian Tesis  
Untuk memenuhi persyaratan Pendidikan Program Pasca Sarjana

Program Studi  
Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat

Menyetujui  
Pembimbing I



**Dr. Dra. Chriswardani Suryawati, M.Kes**  
**NIP. 19630124 198902 2 001**

Pembimbing II



**Dr. Dra. Retno Sunu Astuti, M.si**  
**NIP. 19621218 198803 2 001**

Mengetahui  
Ketua Program Studi  
Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat



**Dr. Dra. Chriswardani Suryawati, M.Kes**  
**NIP. 19630124 198902 2 001**

## HALAMAN USULAN PENELITIAN

### STUDI IMPLEMENTASI KEBIJAKAN PENCEGAHAN DBD (PERATURAN DAERAH NOMOR 5 TAHUN 2010) DI KECAMATAN TEMBALANG KOTA SEMARANG

Bukti Pengesahan Hasil Revisi Proposal Penelitian Tesis  
Untuk Memenuhi Persyaratan Pendidikan Program Pascasarjana

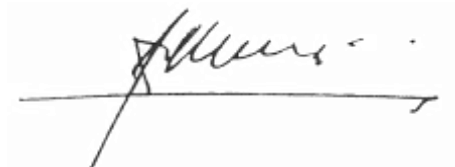
Telah diseminarkan pada tanggal 14 Mei 2018  
setelah diadakan perbaikan, selanjutnya disetujui untuk dilakukan penelitian

Penguji I



**Dr. Hardi Warsono, MTP**  
NIP. 19640827 199001 1 001

Penguji II



**Prof. Drs. Y. Warella, MPA, Ph.D.**

Pembimbing II



**Dr. Dra. Retno Sunu Astuti, M.si**  
NIP. 19621218 198803 2 001

Pembimbing I



**Dr. Dra. Chriswardani Suryawati, M.Kes**  
NIP. 19630124 198902 2 001

## KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Tuhan yang Maha Esa yang telah melimpahkan keselamatan, rahmat dan berkahnya kepada penulis sehingga dapat menyelesaikan penyusunan proposal tesis yang berjudul “Studi Implementasi Kebijakan Pencegahan DBD (Peraturan Daerah Nomor 5 Tahun 2010) di Kecamatan Tembalang Kota Semarang”. Penyusunan proposal tesis ini dimaksudkan untuk memenuhi salah satu syarat memperoleh gelar Magister Kesehatan Masyarakat pada Program Pasca Sarjana Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Konsentrasi Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Universitas Diponegoro Semarang.

Dalam penyusunan proposal tesis ini, penulis banyak mendapatkan bimbingan, masukan dan motivasi dari berbagai pihak, untuk itu pada kesempatan ini penulis haturkan ucapan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tinginya kepada :

1. Dr. Dra. Chriswardani Suryawati, M.Kes, selaku Pembimbing I yang selalu memberikan arahan dan masukan dengan penuh kesabaran kepada penulis dalam penyusunan proposal tesis ini.
2. Dr. Dra. Retno Sunu Astuti, M.si, selaku Pembimbing II yang telah meluangkan waktu, tenaga, pikiran dan dengan penuh kesabaran membimbing dan memberikan arahan kepada penulis dalam penyusunan proposal tesis ini.
3. Prof. Drs. Y. Warella, MPA, Ph.D, atas kesediaan menjadi penguji proposal tesis, atas masukan dan saran untuk perbaikan proposal tesis yang telah disusun.

4. Dr. Hardi Warsono, MTP, atas kesediaan menjadi penguji proposal tesis, atas masukan dan saran untuk perbaikan proposal tesis yang telah disusun.

Penulis menyadari bahwa semua yang tertuang dalam proposal tesis ini masih jauh dari sempurna, baik dari segi ini maupun sistematika penulisannya. Oleh karena itu kritik yang bersifat konstruktif sangat penulis harapkan untuk kesempurnaan proposal tesis ini.

Semarang, Mei 2018

Penulis

## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL .....	i
HALAMAN PERSETUJUAN .....	ii
HALAMAN USULAN PENELITIAN .....	iii
KATA PENGANTAR .....	iv
DAFTAR ISI .....	vi
DAFTAR TABEL .....	ix
DAFTAR GAMBAR .....	x
<b>BAB I PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
A. Latar Belakang .....	1
B. Perumusan Masalah .....	7
C. Pertanyaan Penelitian .....	8
D. Tujuan Penelitian .....	8
1. Tujuan Umum .....	8
2. Tujuan Khusus .....	8
E. Manfaat Penelitian .....	9
1. Bagi Instansi Pemerintah Terkait .....	9
2. Bagi Universitas Diponegoro .....	10
3. Bagi Peneliti .....	10
F. Keaslian Penelitian .....	10
G. Ruang Lingkup .....	16
1. Ruang Lingkup Tempat .....	16
2. Ruang Lingkup Waktu .....	16
3. Ruang Lingkup Materi .....	16
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA .....</b>	<b>17</b>
A. Landasan Teori .....	17
1. Kebijakan Publik .....	17
2. Proses Pembuatan Kebijakan .....	19
3. Implementasi Kebijakan .....	22

4. Kebijakan Kesehatan .....	23
4.1 Segitiga Kebijakan Kesehatan .....	24
4.2 UU Nomor 4 Tahun 1984 Tentang Wabah Penyakit Menular ..	25
4.3 UU Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan .....	27
4.4 Perda Nomor 5 Tahun 2010 Tentang pencegahan dan Pengendalian DBD Kota Semarang .....	28
4.5 Perwal Kota Semarang Nomor 27B Tahun 2012 Tentang Petunjuk Pelaksanaan Perda Kota Semarang Nomor 5 Tahun 2012 .....	28
5. Teori Perilaku .....	29
5.1 Teori Perilaku Lawrence Green .....	29
5.1.1 Faktor Pendorong .....	30
5.1.2 Faktor Pemungkin .....	31
5.1.2 Faktor Penguat .....	31
5.12 Teori Perilaku Model COM-B .....	32
6. Demam Berdarah Dengue .....	33
6.1 Pengertian Demam Berdarah Dengue .....	33
6.2 Etiologi .....	34
6.3 Virus Dengue .....	35
6.4 Vektor .....	36
6.5 Host atau Penjamu .....	37
6.6 Pengendalian Vektor .....	37
6.6.1 Manajemen Lingkungan .....	37
6.6.2 Pengendalian Biologis .....	38
6.6.3 Pengendalian Kimiawi .....	39
6.6.4 Partisipasi Masyarakat .....	39
6.6.5 Peraturan Perundangan .....	40
B. Kerangka Teori .....	42
<b>BAB III METODE PENELITIAN .....</b>	<b>43</b>
A. Kerangka Konsep Penelitian .....	43
B. Variabel Penelitian .....	43
C. Hipotesis Penelitian .....	44
D. Rancangan Penelitian .....	45
1. Jenis Penelitian .....	45

2. Pendekatan Waktu Pengumpulan Data .....	45
3. Metode pengumpulan Data .....	45
4. Populasi Penelitian .....	52
5. Prosedur dan Sampel Penelitian .....	46
6. Definisi Oprasional Variabel Penelitian dan Skala Pengukuran ....	49
7. Instrumen penelitian dan Cara Penelitian .....	52
7.1 Instrumen Penelitian .....	52
7.1.1 Uji Validitas .....	52
7.1.2 Uji Reabilitas .....	53
7.2 Cara Penelitian .....	54
8. Teknik Pengumpulan dan Analisis Data .....	54
8.1 Teknik Pengolahan Data .....	54
8.1.1 Editing .....	55
8.1.2 Koding .....	55
8.1.3 Tabulasi .....	55
8.1.4 Analisis Data .....	56
8.1.5 Intepretasi Data .....	56
8.2 Analisis Data .....	56
8.2.1 Analisis Univariat .....	56
8.2.2 Analisis Bivariat .....	57
8.2.3 Analisis Multivariat .....	57
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>58</b>
<b>LAMPIRAN .....</b>	<b>62</b>



## DAFTAR TABEL

Tabel 1.1	Penelitian Terdahulu .....	11
Tabel 3.1	Perhitungan Jumlah Sempel pada 12 Kelurahan .....	47
Tabel 3.2	Definisi Oprasional .....	49

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.1	Jumlah Kota/Kabupaten yang Terjangkit DBD Indonesia .....	1
Gambar 1.2	Angka <i>Insidence Rate</i> DBD per 100.000 penduduk di Jawa tengah .....	2
Gambar 1.3	Jumlah Penderita DBD per tahun di Kota Semarang .....	3
Gambar 1.4	Presentase Penderita DBD per Kecamatan di Kota Semarang	4
Gambar 1.5	Perbandingan ABJ dengan Kasus di Kota Semarang .....	6
Gambar 2.1	Proses Pembuatan Kebijakan .....	19
Gambar 2.2	Proses Implementasi Kebijakan .....	23
Gambar 2.3	Segitiga Kebijakan Kesehatan .....	24
Gambar 2.4	Teori Perilaku Lawrence Green .....	32
Gambar 2.5	Pendekatan COM-B .....	33
Gambar 2.6	Proses Daur Ulang Hidup Nyamuk Ae. Aegypti .....	36
Gambar 2.7	Kerangka Teori .....	42
Gambar 3.1	Kerangka Konsep .....	43

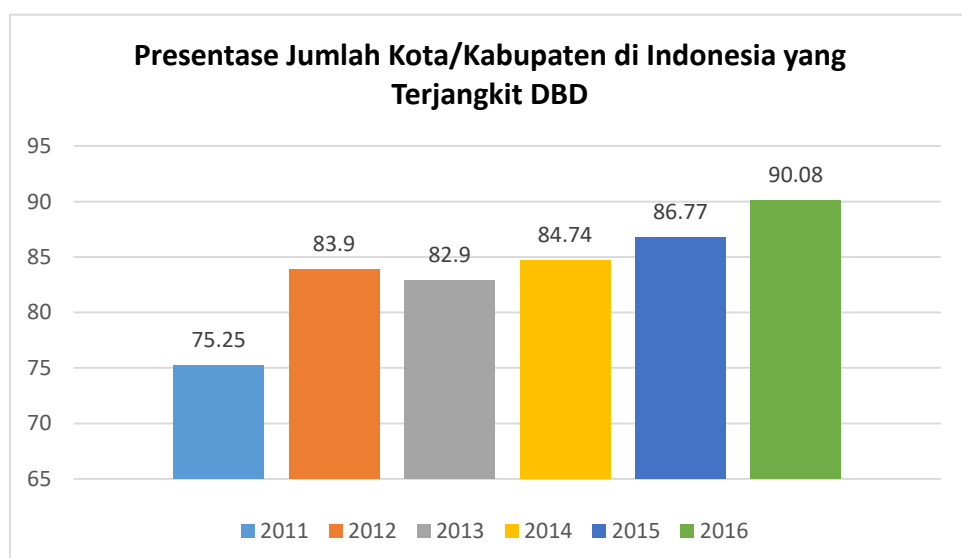
## BAB I

### PENDAHULUAN

#### A. Latar Belakang

Demam berdarah di sebabkan oleh virus dengue, virus tersebut masuk ke tubuh manusia melalui gigitan nyamuk *aedes sp* yang sudah terinfeksi. *Aedes Aegypti* adalah jenis nyamuk *aedes* yang paling sering menyebarkan virus dengue, nyamuk ini hidup pada wilayah beriklim tropis atau subtropis dan tidak tahan pada suhu dingin (1). Iklim tropis adalah iklim yang sangat sesuai dengan daur hidup atau habitat nyamuk *Aedes Aegypti*, di negara tropis seperti Indonesia penyakit DBD dapat muncul sepanjang tahun dan dapat menyerang seluruh kelompok umur. Penyakit ini sebenarnya berkaitan dengan kondisi lingkungan dan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) masyarakat. Data yang diambil dari profil kesehatan Indonesia dari tahun 2011-2016 terkait jumlah kota/kabupaten yang terjangkit DBD di Indonesia dapat digambarkan oleh grafik berikut :

**Gambar 1.1** Jumlah Kota/Kabupaten yang Terjangkit DBD Indonesia

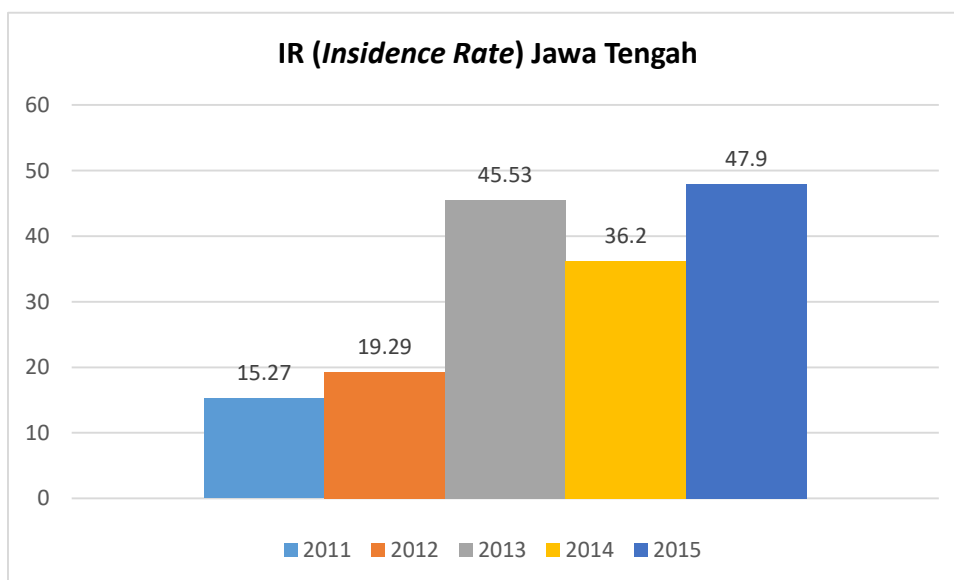


**Sumber :** Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2011-2016

Bedasarkan data di atas dapat disimpulkan bahwa dari 514 kota/kabupaten di Indonesia jumlah kota/kabupaten yang terjangkit DBD pada tahun 2011 hingga 2016 cenderung terus meningkat secara berkelanjutan. Penyakit DBD masih menjadi permasalahan serius di Provinsi Jawa Tengah, terbukti sebanyak 35 kabupaten/kota sudah pernah terjangkit penyakit DBD. *Incidence rate* (IR adalah frekuensi penyakit atau kasus baru yang terjangkit dalam masyarakat di suatu tempat atau wilayah atau negara pada waktu tertentu (umumnya 1 tahun) dibandingkan dengan jumlah penduduk yang mungkin terkena penyakit baru tersebut.

Angka kesakitan atau *incidence rate* (IR) DBD dapat digunakan sebagai indikator untuk melihat kegawatan kasus DBD di suatu wilayah. IR DBD Provinsi Jawa Tengah dalam beberapa tahun terakhir dapat di gambarkan dalam grafik sebagai berikut:

**Gambar 1.2** Angka *Incidence Rate* DBD per 100.000 penduduk di Jawa tengah



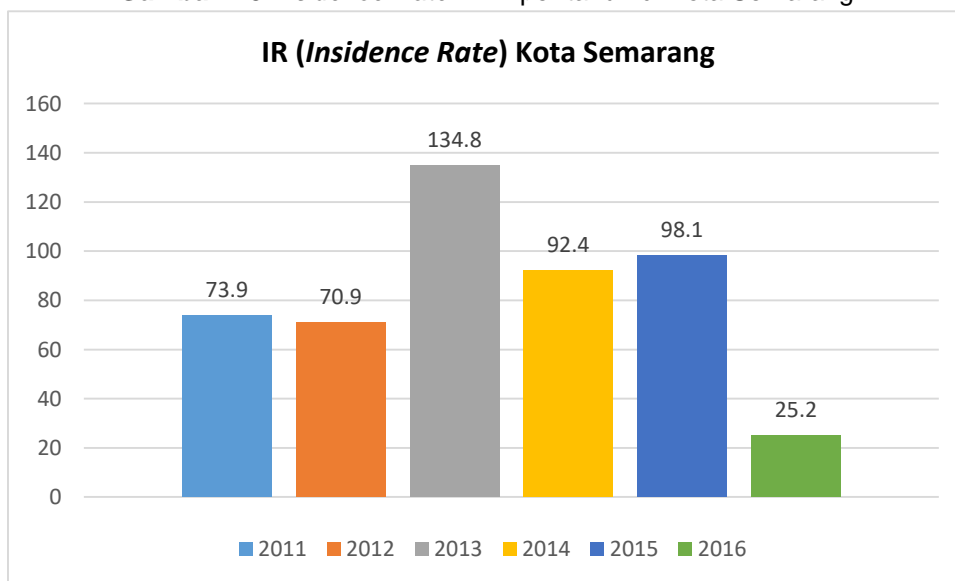
**Sumber :** Profil Kesehatan Jawa Tengah Tahun 2011-2015

Bedasarkan data di atas dapat di simpulkan jika angka IR dari kasus demam berdarah di Jawa Tengah pada tahun 2011 hingga tahun 2015 menunjukkan kecenderungan mengalami kenaikan tiap tahunnya,

walaupun sempat menurun pada tahun 2014 akan tetapi langsung melonjak naik kembali di tahun 2015 bahkan lebih tinggi dibandingkan pada tahun 2013, hal ini menunjukkan bahwa kasus DBD sudah menjadi salah satu permasalahan kesehatan yang mengancam di Jawa Tengah selama 5 tahun terakhir.

Dalam 5 tahun terakhir jumlah kasus DBD di Kota Semarang mengalami naik dan turun akan tetapi *Insidence Rate* dan jumlahnya tergolong masih tinggi walaupun pada tahun 2016 sudah mengalami penurunan kasus yang cukup banyak, akan tetapi hal tersebut tidak bisa menjadi gambaran mutlak bahwa kasus DBD di Kota Semarang sudah sepenuhnya dapat diatasi, hal ini dikarenakan jumlah penderita DBD di Kota Semarang bersifat fluktuatif dan juga dikarenakan wilayah Kota Semarang yang sudah menjadi wilayah endemic DBD selama beberapa tahun terakhir membuat kewaspadaan tinggi terhadap kasus DBD masih diperlukan. Perbandingan kasus DBD di Kota Semarang dapat di lihat pada grafik berikut:

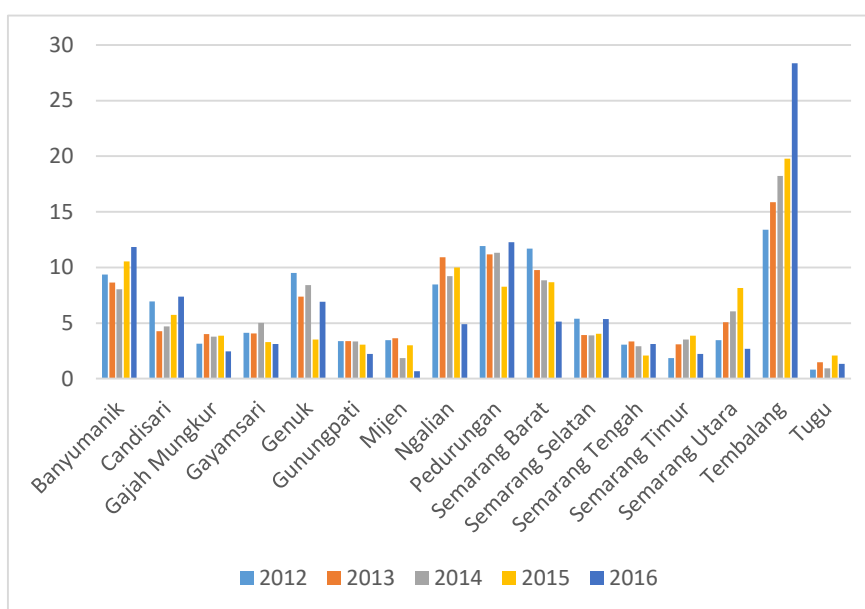
**Gambar 1.3** *Insidence Rate* DBD per tahun di Kota Semarang



**Sumber :** Profil Kesehatan Kota Semarang Tahun 2011-2016

Kota Semarang terbagi dalam 16 Kecamatan, 177 kelurahan dan 37 Puskesmas, kasus DBD di Kota Semarang telah menyebar di setiap wilayah dan menjadi permasalahan kesehatan sejak 5 tahun terakhir, dari 16 Kecamatan yang ada di Kota Semarang, Kecamatan Tembalang menjadi kecamatan dengan jumlah penderita DBD tertinggi se kota Semarang. Berdasarkan data yang diambil dari profil kesehatan Kota Semarang presentase penderita DBD per Kecamatan di Kota Semarang dapat di gambarkan dalam grafik dibawah ini:

**Gambar 1.4** Presentase Penderita DBD per Kecamatan di Kota Semarang



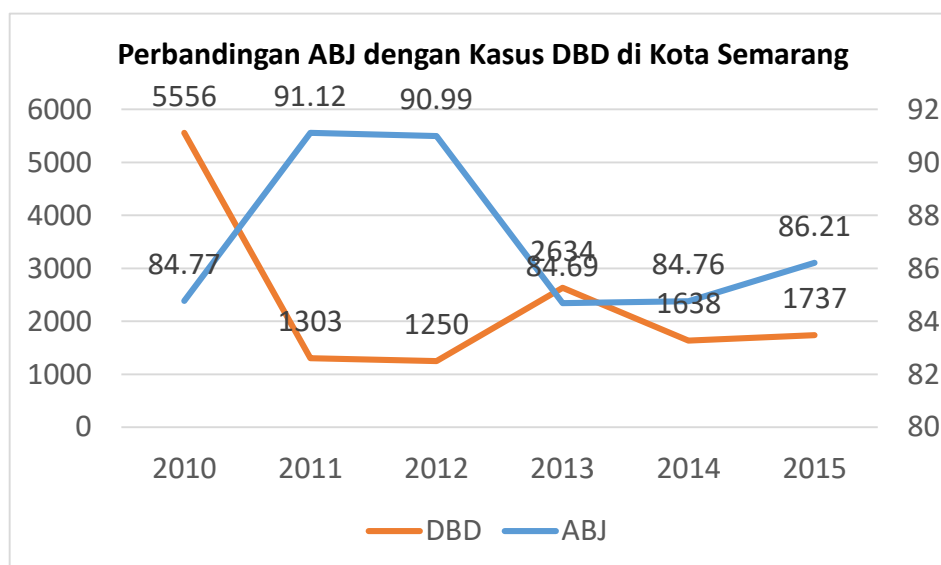
**Sumber :** Profil Kesehatan Kota Semarang Tahun 2011-2016

Grafik tersebut menunjukan bahwa Kecamatan Tembalang selalu memiliki presentase jumlah kasus DBD paling tinggi se-Kota Semarang dalam 5 tahun terakhir dibandingkan dengan Kecamatan lain. Pada tahun 2016 kasus DBD di Kota Semarang sudah mengalami penurunan yang cukup signifikan akan tetapi presentase penderita DBD di Kecamatan Tembalang masih yang tertinggi dibandingkan dengan kecamatan lain.

Kejadian luar biasa (KLB) DBD dapat dicegah dengan kewaspadaan diri dan pengendalian vector nyamuk (*Aedes Aegypti*) yang terintegrasi dan terprogram dengan baik. Pengendalian vector DBD melalui program surveilans sebenarnya telah diatur dalam Kepmenkes No.581 tahun 1992, dimana kegiatan pemberantasan sarang nyamuk (PSN) menjadi ujung tombak dan kegiatan utama dengan melibatkan masyarakat yang sudah terkoordinir oleh organisasi masyarakat seperti RT/RW. PSN yang baik adalah PSN yang dilakukan secara berkelanjutan dan terjadwal, kegiatan PSN menekankan pada gerakan 3M plus (menguras, menutup dan mendaur ulang). Indikator untuk melihat keberhasilan kegiatan PSN pada suatu wilayah dapat dilihat dari capaian Angka Bebas Jentik (ABJ), jika ABJ dalam suatu wilayah sama atau melebihi 95% maka dapat dinyatakan kegiatan PSN pada wilayah tersebut sudah berjalan dengan baik (2)

ABJ (Angka Bebas Jentik) yang tinggi dapat meningkatkan peluang untuk menurunkan kasus DBD, Hal ini saling berkaitan dikarenakan keduanya saling berhubungan. Penyakit DBD hanya mampu ditularkan oleh nyamuk (*Aedes Aegypti*) dan nyamuk tersebut hanya mau berkembang biak di genangan air yang tenang dan bersih seperti tendon air, dispenser, bak mandi, vas bunga dan penampungan air bersih lainnya. ABJ menjadi salah satu indikator yang sering digunakan untuk menggambarkan trend atau potensi terjadinya kasus DBD pada suatu wilayah. ABJ juga berhubungan dengan PHBS (Perilaku Hidup Bersih dan Sehat) dari masyarakat, sehingga peran masyarakat dalam mencegah DBD di lingkungannya sangat besar. Hubungan antara ABJ dengan kasus demam berdarah di Kota Semarang dalam 6 tahun terakhir dapat digambarkan grafik sebagai berikut:

**Gambar 1.5** Perbandingan ABJ dengan Kasus di Kota Semarang



**Sumber:** Profil Kesehatan Kota Semarang Tahun 2016

Kecamatan Tembalang sebagai Kecamatan dengan kasus DBD tertinggi di Kota Semarang sejak tahun 2012 hingga 2015, ternyata juga diiringi dengan rendahnya ABJ di wilayah tersebut dalam 3 tahun kebelakang yaitu pada tahun 2015 ( 79,2%), 2016 (87,2%) dan 2017 (82,2%). ABJ dalam 3 tahun terakhir di Kecamatan Tembalang masih di bawah standar yang ditetapkan oleh Depkes tahun 2005 yaitu sebesar 95%, kondisi tersebut tentunya akan meningkatkan faktor resiko meningkatnya kasus DBD di wilayah tersebut. Pemerintah Kota Semarang sebenarnya telah berupaya untuk menekan angka kasus DBD di Kota Semarang, salah satunya dengan pembuatan Peraturan Daerah (Perda) nomor 5 tahun 2010 tentang penanggulangan penyakit demam berdarah, dimana dalam perda ini pemerintah berupaya menekankan pentingnya pemberantasan sarang nyamuk (PSN) sehingga meningkatkan ABJ.

Implementasi Perda No. 5 Tahun 2010 juga telah di sertai dengan Perwal Kota Semarang No. 27B tahun 2012 dimana didalamnya telah



mengatur pelaksanaan Perda tersebut. Walikota Semarang juga telah menginstruksikan jajarannya untuk mendukung perda ini melalui surat pemberitahuan nomor 443/42/1055 tahun 2017 agar setiap Kelurahan di Kota Semarang melakukan PSN serta penerapan teguran tertulis terhadap rumah yang ditemukan jentik nyamuk 3 kali berturut – turut. Sejak disahkan Perda nomor 5 tahun 2010 belum memberikan hasil yang ditargetkan, terbukti dari masih rendahnya ABJ di Kecamatan Tembalang Kota Semarang.

Rendahnya angka bebas jentik di Kecamatan Tembalang dalam 3 tahun terakhir dan tingginya kasus DBD selama 5 tahun terakhir menggambarkan bahwa sikap yang ditunjukkan masyarakat dalam implementasi Perda nomor 5 tahun 2010 belum maksimal. Peran serta masyarakat secara langsung sangat diperlukan dan perlu terus diperkuat serta diperluas karena keberhasilan pemerintahan dalam jangka panjang tidak hanya bergantung pada kepuasan masyarakat atas pelayanan yang diberikan, tetapi juga atas ketertarikan, keikutsertaan, dan dukungan dari masyarakatnya. Berdasarkan alasan tersebut peneliti tertarik untuk melakukan penelitian dengan model kuantitatif yang bertujuan melihat bagaimana implementasi Perda Kota Semarang Nomor 5 tahun 2010 dari sudut pandang masyarakat di 12 Kelurahan yang ada di Kecamatan Tembalang.

## **B. Perumusan Masalah**

ABJ di Kecamatan Tembalang selama 3 tahun terakhir masih jauh dari standar yang ditetapkan oleh depkes tahun 2005 yaitu 95% dan masih tingginya kasus DBD di Kecamatan Tembalang, memberikan gambaran rendahnya dukungan dan partisipasi masyarakat untuk ikut mendukung dan mengsucceskan implementasi Perda Kota Semarang nomor 5 tahun

2010. Alasan inilah yang menjadikan peneliti tertarik untuk meneliti, Apakah ada pengaruh variabel pengetahuan masyarakat, sikap masyarakat, fasilitas, sumberdaya manusia, dukungan dari tokoh masyarakat dan petugas kesehatan terhadap implementasi Perda Kota Semarang nomor 5 Tahun 2010 di 12 Kelurahan yang ada di Kecamatan Tembalang Kota Semarang.

### **C. Pertanyaan Penelitian**

Apakah ada pengaruh variabel pengetahuan masyarakat, sikap masyarakat, fasilitas, sumberdaya manusia, dukungan dari tokoh masyarakat dan petugas kesehatan terhadap implementasi Perda Kota Semarang nomor 5 Tahun 2010 di 12 Kelurahan yang ada di Kecamatan Tembalang Kota Semarang ?

### **D. Tujuan Penelitian**

#### **1. Tujuan Umum**

Mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi implementasi Perda Kota Semarang nomor 5 Tahun 2010 terhadap pencegahan penyakit DBD di 12 Kelurahan yang ada di Kecamatan Tembalang Kota Semarang

#### **2. Tujuan Khusus**

- a. Untuk mengetahui apakah pengetahuan masyarakat berpengaruh terhadap implmentasi Perda nomor 5 tahun 2010 Kota Semarang tentang pencegahan penyakit DBD di 12 Kelurahan yang ada di Kecamatan Tembalang Kota Semarang.
- b. Untuk mengetahui apakah sikap masyarakat berpengaruh terhadap implmentasi Perda nomor 5 tahun 2010 Kota Semarang tentang pencegahan penyakit DBD di 12 Kelurahan yang ada di Kecamatan Tembalang Kota Semarang.

- c. Untuk mengetahui apakah fasilitas berpengaruh terhadap implmentasi Perda nomor 5 tahun 2010 Kota Semarang tentang pencegahan penyakit DBD di 12 Kelurahan yang ada di Kecamatan Tembalang Kota Semarang.
- d. Untuk mengetahui apakah sumberdaya manusia berpengaruh terhadap implmentasi Perda nomor 5 tahun 2010 Kota Semarang tentang pencegahan penyakit DBD di 12 Kelurahan yang ada di Kecamatan Tembalang Kota Semarang.
- e. Untuk mengetahui apakah dukungan tokoh masyarakat berpengaruh terhadap implmentasi Perda nomor 5 tahun 2010 Kota Semarang tentang pencegahan penyakit DBD di 12 Kelurahan yang ada di Kecamatan Tembalang Kota Semarang.
- f. Untuk mengetahui apakah dukungan petugas kesehatan berpengaruh terhadap implmentasi Perda nomor 5 tahun 2010 Kota Semarang tentang pencegahan penyakit DBD di 12 Kelurahan yang ada di Kecamatan Tembalang Kota Semarang.
- g. Untuk mengetahui variabel mana yang paling berpengaruh terhadap implmentasi Perda nomor 5 tahun 2010 Kota Semarang tentang pencegahan penyakit DBD di Kecamatan Tembalang Kota Semarang.

## **E. Manfaat Penelitian**

### **1. Bagi Instansi Pemerintah Terkait**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat dijadikan bahan evaluasi dan kajian agar di kemudian hari implementasi perda menjadi lebih efektif.

## **2. Bagi Universitas Diponegoro**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat dijadikan sumber referensi penulisan karya ilmiah lainnya.

## **3. Bagi Peneliti**

Sebagai bentuk aplikatif dari perkuliahan di dalam kelas dan teori yang telah di pelajari, serta menambah pengalaman dan wawasan tentang implementasi kebijakan di bidang kesehatan.

## **F. Keaslian Penelitian**

Penelitian Implementasi Kebijakan Pencegahan Dbd (Studi Kasus Peraturan Daerah Nomor 5 Tahun Di Kecamatan Tembalang Kota Semarang) berbeda dengan penelitian-penelitian terdahulu hal tersebut dapat dilihat dari tabel berikut:

**Tabel 1.1** Penelitian Terdahulu

No	Nama Peneliti	Judul Penelitian	Tahun	Metode Penelitian	Lokasi Penelitian	Responden	Hasil Penelitian
1	Febi Rahmawati	<i>Analisis Pengendalian Penyakit DBD Sesuai Peraturan Daerah Kota Semarang Nomor 5 Tahun 2010 Tentang Pengendalian Penyakit Demam Berdarah Dengue Di Kecamatan Tembalang.</i>	2016	Kualitatif Deskriptif	Kecamatan Tembalang, Kota Semarang	Kepala Puskesmas Kedungmundu, Kepala Puskesmas Rowosari, Pengelola Program Pengendalian DBD Puskesmas Kedungmundu dan Pengelola Program Pengendalian DBD Puskesmas Rowosari. Kepala Bidang P2P Dinas Kesehatan Kota Semarang, Camat Kecamatan Tembalang, Lurah Kelurahan Tembalang, Lurah Kelurahan Bulusan, Lurah Kelurahan Sendangmulyo dan Lurah Kelurahan Sendangguwo	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Masih terdapat penolakan untuk dilakukan pemantauan jentik dan sanksi-sanksi yang terdapat didalam peraturan belum dilaksanakan</li> <li>2. Informasi belum tersampaikan dengan baik karena masih terdapat perbedaan pendapat antara petugas puskesmas dengan pihak Dinas Kesehatan Kota</li> <li>3. Sumber daya manusia dan sarana prasarana sudah mencukupi</li> <li>4. Sikap yang baik dalam mengambil tindakan ketika terjadi KLB DBD dan kemauan dari petugas jika menerima pekerjaan di luar jam kerja</li> <li>5. Standar Operasioal Procedure (SOP) dan fragmentasi. SOP Peraturan Derah Kota Semarang Nomor 5 Tahun 2010 tentang Pengendalian Penyakit DBD sudah ada yaitu Peraturan Walikota Nomor 27B (3)</li> </ol>

2	Smith Boonchutimaa, Kirati Kachentawa, Manasanun Limpavithayakul, Anan Prachansri	Longitudinal study of Thai people media exposure, knowledge, and behavior on dengue fever prevention and control	2017	Kuantitatif (Cross Sectional)	25 Provinsi yang ada di Negara Thailand	7772 responden dari 25 Provinsi yang ada di Thailand	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pada tahun 2013, sepertiga responden (32,4%) memiliki peluang untuk bisa ikut aktif dalam program pengendalian Dengue yang dilakukan sekali dalam sebulan. Jumlah tersebut berkurang dalam dua tahun berikutnya tahun 2014 dan 2015 yang hanya mencapai 19,4 dan 17,2%, setiap tahunnya menunjukkan pergeseran besar yang memprihatinkan</li> <li>2. Pada tahun 2013, 73,6% responden menyadari pentingnya melakukan pencegahan demam berdarah dan tindakan pengendalian. Meskipun tingkat pengetahuan masyarakat akan hal itu masih rendah.</li> <li>3. Pada tahun 2014, ada peningkatan tingkat pengetahuan tentang langkah-langkah pencegahan dan kontrol DBD sebanyak 81,5% responden menjawab pertanyaan dengan benar</li> <li>4. Pada tahun 2015, 48,3% responden sudah dapat mempraktekkan metode yang benar untuk memberantas</li> </ol>
---	---	---	------	-------------------------------------	--	--	--

							<p>siklus perkembangbiakan nyamuk yang biasanya dilakukan seminggu sekali agar proses menjadi efektif.</p> <p>5. Pada tahun 2014, 61,2% responden sudah dapat mempraktekkan metode yang benar (4)</p>
3	Galuh Rakasiwi, Drs. Aloysius Rengga, M.Si	Implementasi Peraturan Daerah Kota Semarang Nomor 5 Tahun 2010 tentang Pengendalian Penyakit Demam Berdarah Dengue di Kecamatan Tembalang Kota Semarang	2017	Kualitatif Deskriptif	Kecamatan Tembalang, Kota Semarang	Staf P2P Dinas Kesehatan Kota Semarang	<p>1. Komunikasi yang disampaikan kepada masyarakat tidak selaras dan separuh-separuh.</p> <p>2. SDM dan anggaran yang terbatas.</p> <p>3. Disposisi yang masih kurang rapih</p> <p>4. Penerapan SOP yang masih kurang tepat.</p> <p>5. Struktur birokrasi berjalan dengan baik (5).</p>
4	Valentine Smith	A Qualitative Analysis: Using The Health Belief Model to Explain Dengue Fever in Two Communities in Trinidad and Tobago	2012	Kualitatif Deskriptif	Trinidad dan Tobago	Anggota Pria dan Wanita dari Malick dan Upper Malick communities	<p>1. Peningkatan populasi nyamuk sebagai masalah Pemerintah dan bukan masalah rumah tangga.</p> <p>2. Persepsi mereka tentang program kontrol Aedes aegypti tidak signifikan di kedua komunitas</p> <p>3. Secara umum, anggota kedua komunitas memiliki pengetahuan tentang demam berdarah dan nyamuk Aedes aegypti tetapi pengetahuan</p>

							<p>tidak terkait dengan perubahan perilaku yang signifikan.</p> <p>4. Identifikasi hambatan berlaku atas manfaat pengendalian nyamuk praktik.</p> <p>5. Pengembangan intervensi pendidikan kesehatan harus mempertimbangkan lingkungan sosio-budaya (6)</p>
5	Arina Pramudita	Analisis Implementasi Kebijakan Pengendalian Penyakit Demam Berdarah Dengue (P2DBD) di Dinas Kesehatan Kota Semarang	2011	Kualitatif Deskriptif	Kota Semarang	Kepala DKK, Kasi P2B2 dan pemegang program di DKK Semarang	<p>1. Komunikasi DKK ke puskesmas terjalin dengan lancar,</p> <p>2. Jumlah SDM sudah cukup memenuhi akan tetapi masih perlunya peningkatan kuantitas SDM,</p> <p>3. Sumber daya finansial dan sarana juga sudah memenuhi kebutuhan.</p> <p>4. Disposisi berjalan sesuai perda no. 5 tahun 2010 tentang pengendalian DBD</p> <p>5. Struktur birokrasi sudah berjalan dengan baik (7)</p>
6	Siska Nuraini	Analisis Implementasi Kebijakan Pengendalian Demam Berdarah Dengue di Puskesmas	2012	Kualitatif Deskriptif	Puskesmas Kedungmundu, Kecamatan Tembalang, Kota Semarang	Kepala puskesmas dan tim gerak cepat pengendalian DBD, terdiri dari pemegang program (surveilans epidemiologi),	<p>1. Komunikasi yang baik antara tim gerak cepat pengendalian DBD dengan masyarakat.</p> <p>2. Kuantitas SDM yang cukup dan kualitas SDM yang masih perlu ditingkatkan</p>



		Kedungmundu Kecamatan Tembalang Kota Semarang				promosi kesehatan dan sanitarian	3. Disposisi yang berjalan sesuai dengan perda DBD No.5 tahun 2010 tentang pengendalian DBD dan 4. struktur birokrasi yang sudah baik (8)
--	--	--	--	--	--	-------------------------------------	--

Pada penelitian ini berbeda dengan penelitian-penelitian di atas dikarenakan penelitian ini lebih menekankan pada metode penelitian kuantitatif dengan responden masyarakat di 12 Kelurahan yang ada di Kecamatan Tembalang sebagai sasaran kebijakan. Penelitian ini menggunakan teori segitiga kebijakan oleh Thomas R Dye yang telah dikembangkan dan dikombinasikan dengan teori perilaku milik Lawrence Green untuk mendalami perilaku dari masyarakat selaku sasaran kebijakan dari Perda nomor 5 Tahun 2010 tentang penanggulangan dan pencegahan DBD.

## **G. Ruang Lingkup**

### **1. Ruang Lingkup Tempat**

Penelitian Studi Implementasi Kebijakan Pencegahan DBD (Peraturan Daerah Nomor 5 Tahun 2010) di Kecamatan Tembalang Kota Semarang akan dilaksanakan di 12 Kelurahan yang ada di Kecamatan Tembalang

### **2. Ruang Lingkup Waktu**

Penelitian Studi Implementasi Kebijakan Pencegahan DBD (Peraturan Daerah Nomor 5 Tahun 2010) di Kecamatan Tembalang Kota Semarang akan dilaksanakan pada bulan Juni- Juli 2018

### **3. Ruang Lingkup Materi**

Penelitian Studi Implementasi Kebijakan Pencegahan DBD (Peraturan Daerah Nomor 5 Tahun 2010) di Kecamatan Tembalang Kota Semarang akan mengacu pada bidang ilmu kesehatan masyarakat dan kebijakan publik

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Landasan Teori**

##### **1. Kebijakan Publik**

Kebijakan publik dilihat dari perspektif instrumental, adalah alat untuk mencapai suatu tujuan yang berkaitan dengan upaya pemerintah mewujudkan nilai-nilai kepublikan (*public values*). Nilai-nilai kepublikan sebagai tujuan kebijakan tersebut dapat memiliki wujud bermacam-macam. Secara umum kebijakan publik memiliki tujuan untuk mewujudkan aspek-aspek yang diidam idamkan oleh masyarakat seperti rasa keadilan, kebersamaan, dan transparansi yang nantinya diharapkan mampu menyelesaikan masalah yang dihadapi oleh masyarakat misalnya kemiskinan, pengangguran, kriminalitas, dan pelayanan publik yang masih belum maksimal. Kebijakan publik juga mendorong munculnya peluang baru bagi kehidupan masyarakat yang lebih baik, seperti meningkatkan ekspor dibandingkan impor serta memacu inovasi dan investasi pada sektor pelayanan publik. Kebijakan publik juga digunakan oleh pemerintah sebagai alat untuk melindungi masyarakat melalui undang-undang perlindungan konsumen, ijin trayek, ijin gangguan dan sebagainya dari praktik swasta atau pihak-pihak lain yang merugikan misalnya pembuatan (9).

Kebijakan publik adalah hubungan antara proses dan lingkungan kebijakan hierarki dan pelaku kebijakan publik dalam sistem pemerintahan. Kebijakan publik dapat diartikan sebuah konsep filosofis, produk, proses sebuah kerangka kerja. Produk-produk kebijakan harus melihat substansi dari apa yang menjadi sasaran sebuah kebijakan, memunculkan

rekomendasi-rekomendasi untuk dapat membuat program - program yang nantinya ketika akan dijalankan sesuai dengan kondisi permasalahan yang ada. Melahirkan produk-produk kebijakan harus memenuhi beberapa konsepsi kebijakan. Ada 3 poin utama yang mendasari pembuatan kebijakan dan keputusan hal itu meliputi : kebijakan memiliki ruang lingkup yang lebih luas apabila dibandingkan dengan keputusan, hal ini dikarenakan sebuah kebijakan harus melalui kajian-kajian dari beragam bidang untuk dapat di implementasikan nantinya (10).

Kebijakan sejatinya tidak dapat lepas dari administrasi karena apabila suatu kebijakan tidak diimbangi dengan administrasi yang baik maka pelaksanaan kebijakan tidak akan berjalan sesuai harapan, kebijakan juga akan menjadi sia-sia apabila tidak diikuti dengan pelaksanaan yang menunjang kebijakan tersebut. Kebijakan harus mempunyai tujuan yang jelas dan terarah, kebijakan tumbuh dari proses yang berlangsung secara bertahap dan dinamis (11). Pembuatan kebijakan publik di negara-negara demokratis adalah proses yang tidak hanya melibatkan badan pemerintah, tetapi juga lembaga swadaya masyarakat dan aktor yang memainkan peran penting dalam dunia politik. kebijakan yang baik adalah kebijakan yang dijalankan dengan adil, tidak memihak, efektif, dan dapat dicapai.

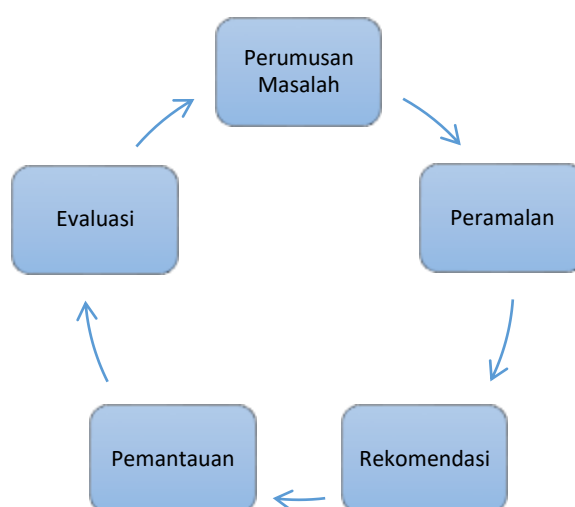
Penerapan kebijakan publik yang efektif bergantung pada faktor-faktor seperti ketersediaan dan keterampilan personil dan kegiatan yang mendukung kebijakan, penerimaan yang baik dari kelompok sasaran dan ketekunan pembuat kebijakan untuk tetap memantau kebijakan yang telah dibuat. Implementasi yang efektif dan sukses mengharuskan pelaksana mengetahui apa yang seharusnya mereka lakukan, melibatkan sejauh mana tujuan dan standar program / proyek ditransmisikan ke pelaksana

secara jelas dan akurat. Implementasi yang efektif adalah kombinasi antara fitur desain, perilaku pelaksana kebijakan, dan reaksi kelompok sasaran (12)

## 2. Proses Pembuatan Kebijakan

Analisis kebijakan merupakan sebuah proses kajian intelektual yang biasanya melibatkan aktivitas-aktivitas politik. Aktivitas politik dapat diartikan dengan proses pembuatan kebijakan yang terdiri dari beberapa tahapan yang sudah diatur menurut urutan waktu: penyusunan agenda, formulasi kebijakan, adopsi kebijakan, implementasi kebijakan dan penilaian kebijakan. Analisis kebijakan memiliki peranan untuk menyalurkan informasi kebijakan pada satu, beberapa, seluruh tahapan dari proses pembuatan kebijakan yang akan dibuat menyesuaikan permasalahan apa yang akan di selesaikan. Analisis kebijakan sangat diperlukan dalam menilai dan mengkomunikasikan ilmu pengetahuan yang sesuai dengan proses pembuatan kebijakan (13). Menurut William Dunn proses dalam pembuatan kebijakan dapat digambarkan melalui tabel berikut:

**Gambar 2.1** Proses Pembuatan Kebijakan



**Sumber :** William N. Dunn, 2012

Analisis kebijakan publik (*public policy analysis*) adalah salah satu cara dalam mencegah gagalnya proses pemecahan masalah melalui suatu kebijakan publik. Pengaplikasian analisis kebijakan publik (*public policy*) bertujuan untuk menyelesaikan permasalahan yang ada di masyarakat secara tepat dan memiliki resiko seminim mungkin, sehingga analisis kebijakan sangat diperlukan pada tiap langkah didalam proses kebijakan publik (*public policy process*). Seorang analis kebijakan harus dapat memberikan opsi atau pilihan-pilihan yang tepat kepada para stakeholder yang memiliki wewenang untuk membuat kebijakan, sehingga kebijakan yang dibuat dapat sesuai dengan permasalahan yang sedang dihadapi oleh masyarakat. Dalam proses analisis kebijakan ada dua sudut pandang yang harus diperhatikan yaitu pra dan pasca terbentuknya. Awal dari terbentuknya sebuah kebijakan publik, lebih memperhatikan pada proses pembentukan sedangkan pasca terbentuknya kebijakan publik, lebih memperhatikan setelah berubah menjadi keluaran kebijakan, yang dapat berbentuk UU atau peraturan lainnya (13).

Pada tahapan pembuatan kebijakan terdapat syarat mutlak yang harus terpenuhi, identifikasi masalah merupakan tahapan awal yang harus dilalui karena pada tahapan ini pemerintah dapat menemukan masalah-masalah yang ada di masyarakat, kemudian permasalahan tersebut diangkat ke permukaan publik oleh orang-orang yang memiliki kepentingan menjadi sebuah isu publik (*public issues*). Semakin banyak perhatian (*concerned*) yang dicurahkan pada suatu isu publik, sehingga isu publik dapat berubah menjadi menjadi wacana publik, yang kemudian diwujudkan melalui beragam tanggapan antara dewan publik yang memiliki wewenang untuk mengeluarkan kebijakan dengan pihak pemangku kepentingan. Tahapan ini sering menimbulkan pro dan kontra, perdebatan, protes dan

lain sebagainya. Jika telah tercapai sebuah kesepakatan antara kedua belah pihak, maka lahirlah perundangan dan atau peraturan public sebagai sebuah produk kebijakan public yang sah (13).

Metode analisis kebijakan yang umum digunakan memiliki lima prosedur standar yang terdiri dari:

- a. Perumusan masalah (pendefinisian masalah) menyediakan informasi terkait kondisi yang ada di masyarakat yang menimbulkan permasalahan publik.
- b. Peramalan (prediksi) menghasilkan informasi terkait dampak yang akan muncul dari suatu kebijakan public di masa yang akan datang.
- c. Rekomendasi (preskripsi) kumpulan informasi yang terdiri dari opsi-opsi atau masukan yang memiliki fungsi relatif dari pemecahan masalah.
- d. Pemantauan (deskripsi), menyediakan informasi terkait gambaran konsekuensi dari sebuah kebijakan publik baik di masa sekarang maupun masa lalu dari diimplementasikannya suatu kebijakan.
- e. Evaluasi, berupa informasi terkait fungsi atau kegunaan dari dampak suatu pemecahan masalah.

Proses pembuatan kebijakan merupakan suatu kegiatan yang berkesinambungan dan terjadi terus menerus, setiap tahapan pada proses pembuatan kebijakan saling terkait dan terhubung antara satu dengan yang lainnya. Ilmu pengetahuan yang tepat dengan kebijakan akan berdampak langsung dalam mempengaruhi keputusan, praduga dan langkah yang diambil dalam suatu tahapan pembuatan kebijakan.

### 3. Implementasi Kebijakan

Kebijakan yang sudah dirancang oleh pembuat kebijakan tidak akan memiliki manfaat atau dampak sebelum kebijakan tersebut dilaksanakan atau diimplementasikan, Chief J.O.Udoji menyatakan bahwa: “pelaksanaan kebijaksanaan adalah sesuatu yang penting, bahkan lebih penting daripada pembuatan kebijaksanaan, karena kalau tidak ada implementasi maka kebijaksanaan hanya akan berupa impian atau rencana bagus yang tersimpan rapi dalam arsip”. Agar program atau kebijakan yang telah direncanakan sebelumnya tidak menjadi hal yang sia-sia maka kebijakan atau program tersebut harus mampu laksana atau dapat di implementasikan (9).

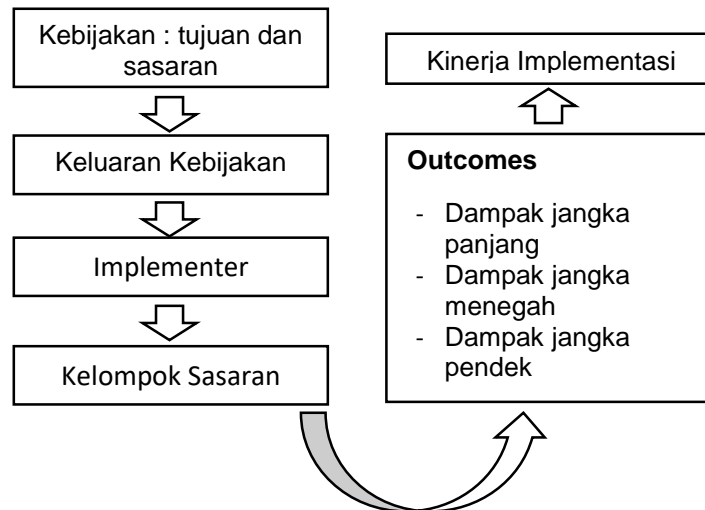
*Pressman* dan *Wildavsky* merupakan pelopor implementasi kebijakan yang mendefinisikan implementasi merupakan alat untuk menjalankan suatu kebijakan (*to carry out*), untuk menepati janji yang telah dinyatakan sebelumnya didalam dokumen kebijakan (*to fulfill*), untuk menghasilkan hasil yang sesuai atau cocok dengan tujuan kebijakan yang telah dibuat (*to produce*), untuk menyelesaikan permasalahan yang ada didalam tujuan kebijakan (*to complete*) (10).

Implementasi Kebijakan tidak dapat langsung di laksanakan, pada umumnya suatu kebijakan atau program telah dirancang dan disiapkan untuk mencapai sasaran dan tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya. Dalam proses menggapai sebuah tujuan diperlukan sumberdaya kebijakan yang cukup (*policy input*). Anggaran atau sumberdana dari pemerintahan akan diolah dan digunakan sesuai dengan kebutuhan yang diperlukan yang nantinya akan menjadi produk atau hasil dari sebuah kebijakan (*policy output*). Secara definisi yang umum keluaran kebijakan merupakan salah satu alat kebijakan dalam mencapai tujuan kebijakan yang telah ditetapkan



sebelumnya. Proses implementasi dapat digambarkan melalui gambar dibawah ini (9):

**Gambar 2.2** Proses Implementasi Kebijakan



**Sumber :** Erwan Agus P dan Dyah Ratih S (2012)

#### 4. Kebijakan Kesehatan

Kebijakan kesehatan diasumsikan untuk merangkum segala arah tindakan (dan dilaksanakan) yang mempengaruhi tatanan kelembagaan, organisasi, layanan dan aturan pembiayaan dalam system kesehatan. Kebijakan ini mencakup sektor publik (pemerintah) sekaligus sektor swasta. Tetapi karena kesehatan dipengaruhi oleh banyak faktor penentu diluar system kesehatan, para pengkaji kebijakan kesehatan juga menaruh perhatian pada segala tindakan dan rencana tindakan dari organisasi diluar system kesehatan yang memiliki dampak pada kesehatan (missal: pangan, tembakau atau industri obat) (14).

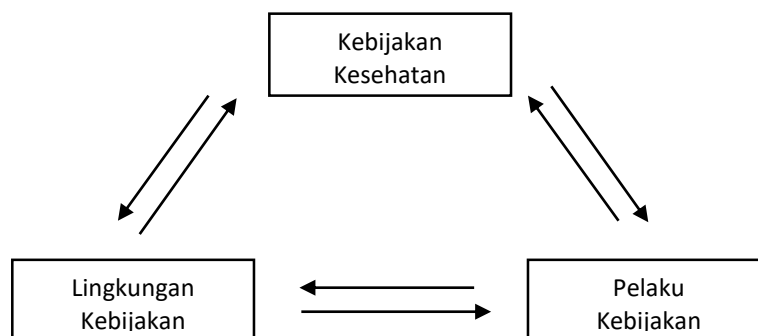
Kebijakan kesehatan memiliki peran strategis dalam pengembangan dan pelaksanaan program kesehatan. Kebijakan kesehatan juga berperan sebagai panduan bagi semua unsur masyarakat dalam bertindak dan berkontribusi terhadap pembangunan kesehatan.

Melalui perancangan dan pelaksanaan kebijakan kesehatan yang benar, diharapkan mampu mengendalikan dan memperkuat peran stakeholders guna menjamin kontribusi secara maksimal, menggali sumber daya potensial, serta menghilangkan penghalang pelaksanaan pembangunan kesehatan (14).

#### 4.1 Segitiga Kebijakan Kesehatan

Untuk dapat meningkatkan kualitas kesehatan dalam mempengaruhinya faktor – faktor penentu di sektor kesehatan, maka diperlukannya suatu kebijakan kesehatan. Karena pentingnya suatu kebijakan kesehatan tersebut, maka perlu untuk dilakukan analisis kebijakan yang bertujuan untuk memperoleh penjelasan mengenai hasil kebijakan yang akan dicapai, dan piranti untuk membuat model kebijakan di masa depan dan mengimplementasikan dengan lebih efektif. (14). Pada hakikatnya ada 3 Komponen dalam sistem kesehatan yang saling berhubungan yaitu: kebijakan kesehatan itu sendiri, para pelaku kebijakan, dan lingkungan kebijakan. Hal ini dalam Ilmu Kebijakan Publik dikenal sebagai “segitiga kebijakan” yang dapat digambarkan sebagai berikut (15):

**Gambar 2.3** Segitiga Kebijakan Kesehatan



**Sumber :** Thomas R Dye dalam William Dunn (2000)

Pelaku kebijakan adalah seluruh unsur yang terkait dengan proses lahirnya kebijakan kesehatan yaitu: Pemerintah/ DPDR/ DPD/

DPRD. Lingkungan kebijakan adalah keadaan/kondisi kesehatan yang melandasi suatu kebijakan kesehatan, misalnya angka kesakitan, angka kematian, angka kejadian luar biasa dan sebagainya. Kebijakan kesehatan adalah produk pilihan pemerintah untuk menyelesaikan masalah kesehatan yang ada. Walaupun demikian dari sudut pandang yang lain “segitiga kebijakan” tersebut dianggap masih kurang menggambarkan komponen kebijakan kesehatan secara komprehensif karena dalam kebijakan kesehatan, masyarakat sebagai sasaran kebijakan turut memiliki andil dalam proses kebijakan. Oleh sebab itu sebagai penyempurnaan konsep segitiga kebijakan ini dikenal ada 4 komponen kebijakan kesehatan itu sendiri yang terdiri dari kebijakan kesehatan itu sendiri, pengelola kebijakan kesehatan, masyarakat sebagai sasaran kebijakan dan lingkungan kebijakan kesehatan (15).

Skema baru tersebut memberikan gambaran keterkaitan antara berbagai komponen dalam suatu kebijakan kesehatan dimana kebijakan kesehatan berkaitan dengan pengelola kebijakan kesehatan, masyarakat sebagai sasaran kebijakan dan lingkungan kebijakan kesehatan. Pengelola kebijakan kesehatan berhubungan dengan kebijakan kesehatan itu sendiri, kelompok sasaran kebijakan kesehatan dan lingkungan kebijakan sedangkan sasaran kebijakan kesehatan berkaitan dengan pengelolakebijakan kesehatan, kebijakan kesehatan dan lingkungan kebijakan begitu pula komponen yang lain, intinya keempat komponen tersebut saling berhubungan satu sama lain (15).

#### 4.2 UU Nomor 4 Tahun 1984 Tentang Wabah Penyakit Menular

Sebagai negara yang terletak di kawasan tropis, Indonesia memiliki kekayaan flora dan fauna sebagai sumber daya alam yang

sebagian di antaranya berbentuk jasad renik dan berguna untuk kesehatan, tetapi sebagian juga menjadi ancaman bagi kesehatan masyarakat karena menjadi agen penyakit yang dapat timbul dalam kondisi kejadian luar biasa (KLB), bahkan menyebabkan wabah. Indonesia sebagai negara kepulauan juga dikenal merupakan daerah endemis penyakit menular yang potensial wabah, seperti malaria, leptospirosis, dan sebagainya. Sejalan dengan perkembangan perdagangan dunia mulai abad pertengahan, beberapa penyakit menular potensial wabah yang biasanya berjangkit di Benua Eropa, Afrika, dan Amerika, serta daratan Asia, menyebar ke kawasan Indonesia, seperti pes, kolera, Demam Berdarah Dengue, hepatitis, thypus, dan disentri (16).

Berkenaan dengan urusan keamanan dan pertahanan negara, maka negara wajib melakukan langkah-langkah cegah tangkal, pengamanan, dan tindakan-tindakan yang terintegrasi terhadap pihakpihak yang mencoba menggunakan agen penyakit sebagai bentuk bioterorisme melalui penggunaan senjata biologi pemusnah massal. Untuk itu diperlukan pembentukan Undang-Undang tentang Wabah agar masyarakat Indonesia terlindungi dari ancaman penyakit yang dapat menimbulkan wabah dan mencegah masuk dan keluarnya penyakit potensial wabah dari dan ke wilayah Indonesia (16).

Surveilans kesehatan adalah kegiatan pengamatan yang sistematis dan terus menerus terhadap data dan informasi tentang kejadian penyakit atau masalah kesehatan dan kondisi yang mempengaruhi terjadinya peningkatan dan penularan penyakit atau masalah kesehatan untuk memperoleh dan memberikan informasi guna mengarahkan tindakan pengendalian dan penanggulangan

secara efektif dan efisien. Pencegahan penyakit menular adalah upaya meminimalisasi potensi risiko kejadian penyakit menular baik terhadap individu maupun terhadap masyarakat dengan tindakan pemutusan mata rantai penularan, perlindungan khusus, pengendalian faktor risiko, perbaikan gizi masyarakat, dan upaya lain sesuai dengan ancaman penyakit menular (16).

#### 4.3 UU Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan

Pemerintah, pemerintah daerah dan masyarakat bertanggung jawab melakukan upaya pencegahan, pengendalian, dan pemberantasan penyakit menular serta akibat yang ditimbulkannya. Upaya pencegahan, pengendalian, dan pemberantasan penyakit menular dilakukan untuk melindungi masyarakat dari tertularnya penyakit, menurunkan jumlah yang sakit, cacat dan/atau meninggal dunia, serta untuk mengurangi dampak sosial dan ekonomi akibat penyakit menular. Upaya pencegahan, pengendalian, dan penanganan penyakit menular dilakukan melalui kegiatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif bagi individu atau masyarakat. Penanggulangan penyakit menular Pemerintah di tingkat pusat maupun daerah dapat berkerjasama dengan masyarakat dan negara lain termasuk dalam kegiatan surveilans kesehatan (17).

Pencegahan penularan penyakit menular wajib dilakukan oleh masyarakat termasuk penderita penyakit menular melalui perilaku hidup bersih dan sehat. Dalam pelaksanaan penanggulangan penyakit menular, tenaga kesehatan yang berwenang dapat memeriksa tempat-tempat yang dicurigai berkembangnya vektor dan sumber penyakit lain (17).

#### 4.4 Perda Nomor 5 Tahun 2010 tentang Pencegahan dan Pengendalian penyakit DBD Kota Semarang

Pengendalian penyakit DBD merupakan sebuah upaya yang dilakukan pemerintah untuk menanggulangi penyakit DBD yang tergolong penyakit mudah menyebar dan mewabah bahkan dapat mengakibatkan kematian apabila tidak ditangani dengan tepat. Pengendalian penyakit DBD terdiri dari beragam program yang saling terkait dan terintegrasi baik di tingkat pusat maupun di tingkat daerah. Kota Semarang yang merupakan Kota endemik DBD selama bertahun-tahun berupaya membuat payung hukum untuk memperkuat program-program pengendalian DBD di wilayahnya (18).

Perda Nomor 5 Tahun 2010 Tentang Pengendalian Penyakit DBD merupakan kebijakan yang khusus mengatur pengendalian penyakit DBD di Kota Semarang, Perda tersebut menjadi landasan hukum untuk membuat pemerintah Kota Semarang lebih kreatif dan inovatif untuk menekan angka kejadian DBD. Dalam Perda No 5 tahun 2010 mengatur segala upaya penanggulangan DBD bahkan didalamnya juga mengatur sanksi atau hukuman (pidana maupun denda) bagi warganya yang tidak mematuhi aturan tersebut (18).

#### 4.5 Perwal Kota Semarang No. 27B tahun 2012 Tentang Petunjuk Pelaksanaan Peraturan Daerah Kota Semarang Nomor 5 Tahun 2010

Pemerintah Kota Semarang mengeluarkan Peraturan Daerah No 5 Tahun 2010 tentang Pengendalian Demam Berdarah Dengue (DBD) yang kemudian dilengkapi dengan Peraturan Walikota Kota Semarang No. 27 B Tahun 2012 tentang Petunjuk Pelaksanaan Peraturan daerah No 5 tahun 2010. Dalam Peraturan Walikota tersebut, dijelaskan bahwa pengendalian DBD akan melibatkan masyarakat, pemerintah

Kecamatan dan Kelurahan serta Dinas Kesehatan yang diwakili oleh Petugas Surveilans Kesehatan (Gasurkes) DBD (14).

Gasurkes merupakan singkatan dari Petugas Surveilans Kesehatan, yang mana Gasurkes merupakan bagian dari Dinas Kesehatan Kota Semarang namun secara teknis bekerja di tiap kecamatan di Kota Semarang. Gasurkes memiliki tugas sebagaimana diatur dalam Peraturan Walikota Kota Semarang No. 27 B Tahun 2012 tentang Petunjuk Pelaksanaan Peraturan daerah No 5 tahun 2010 tentang Pengendalian Penyakit Demam Berdarah Dengue. Dalam melaksanakan tugasnya, kinerja dari Gasurkes dinilai masih belum maksimal. Hal ini terlihat dari pencapaian target bulanan Gasurkes sebagaimana ditetapkan dalam Peraturan Walikota Kota Semarang No. 27 B Tahun 2012 tentang Petunjuk Pelaksanaan Peraturan daerah No 5 tahun 2010 tentang Pengendalian Penyakit Demam Berdarah Dengue (14).

## **5. Teori Prilaku**

### **5.1 Teori Prilaku Lawrence Green**

Faktor-faktor yang membentuk perilaku untuk intervensi dalam pendidikan kesehatan dijelaskan dalam Teori Lawrence Green. Teori Lawrence Green merupakan salah satu teori modifikasi perubahan perilaku yang dapat digunakan dalam mendiagnosis masalah kesehatan ataupun sebagai alat untuk merencanakan kegiatan kesehatan. Teori ini sering menjadi acuan dalam penelitian penelitian kesehatan masyarakat. Menurut Lawrence Green perilaku ini ditentukan oleh 3 faktor utama, yakni (15) :

### 5.1.1 Faktor Pendorong (*predisposing factors*)

Faktor-faktor yang mempermudah atau mempredisposisi terjadinya perilaku seseorang, antara lain pengetahuan, sikap, keyakinan, kepercayaan, nilai-nilai, tradisi, dan sebagainya.

#### a. Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui pancaindera manusia, yakni indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang dalam hal ini pengetahuan yang tercakup dalam domain kognitif mempunyai 6 tingkatan yaitu: tahu, memahami, aplikasi, analisis, sintesis dan evaluasi.

#### b. Sikap

Sikap adalah determinan perilaku, karena mereka berkaitan dengan persepsi, kepribadian, dan motivasi. Sebuah sikap merupakan suatu keadaan sikap mental, yang dipelajari dan diorganisasi menurut pengalaman, dan yang menyebabkan timbulnya pengaruh khusus atas reaksi seseorang terhadap orang-orang, objek-objek, dan situasi-situasi dengan siapa ia berhubungan. Sikap memiliki 4 tingkatan yang terdiri dari: menerima, merespon, menghargai dan bertanggung jawab.

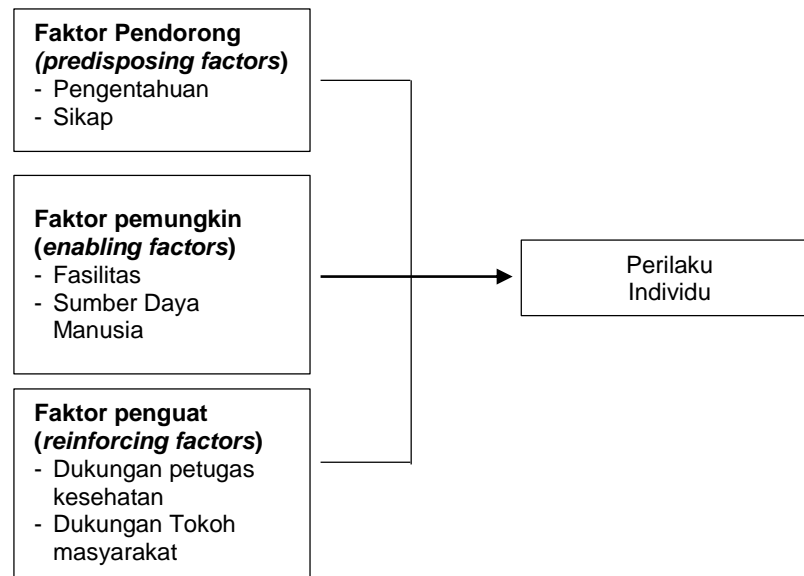


### 5.1.2 Faktor pemungkin (*enabling factors*)

Faktor-faktor yang memungkinkan atau memfasilitasi perilaku atau tindakan. Yang dimaksud dengan faktor pemungkin adalah sarana dan prasarana atau fasilitas serta sumber daya manusia untuk terjadinya perilaku kesehatan, misalnya: Puskesmas, Posyandu, Rumah Sakit, tempat pembuangan air, tempat pembuangan sampah, tempat olah raga, makanan bergizi, uang dan sebagainya. Contohnya sebuah keluarga yang sudah tahu masalah kesehatan, mengupayakan keluarganya untuk menggunakan air bersih, buang air di WC, makan makanan yang bergizi, dan sebagainya. Tetapi apakah keluarga tersebut tidak mampu untuk mengadakan fasilitas itu semua, maka dengan terpaksa buang air besar di kali/kebun menggunakan air kali untuk keperluan sehari-hari, dan sebagainya.

### 5.1.3 Faktor penguat (*reinforcing factors*)

Faktor yang mendorong atau memperkuat terjadinya perilaku. Kadang-kadang meskipun orang tahu dan mampu untuk berperilaku sehat, tetapi tidak melakukannya. Contohnya seorang ibu hamil tahu manfaat pemeriksaan hamil dan di dekat rumahnya ada Polindes, dekat dengan Bidan, tetapi ia tidak mau melakukan pemeriksaan hamil karena ibu lurah dan ibu tokoh-tokoh lain tidak pernah pemeriksaan hamil namun anaknya tetap sehat. Hal ini berarti bahwa untuk berperilaku sehat memerlukan contoh dari para tokoh masyarakat.

**Gambar 2.4:** Teori Perilaku Lawrence Green

**Sumber:** Lawrence Green dalam Notoatmodjo (2003)

## 5.2 Teori Perilaku model COM-B

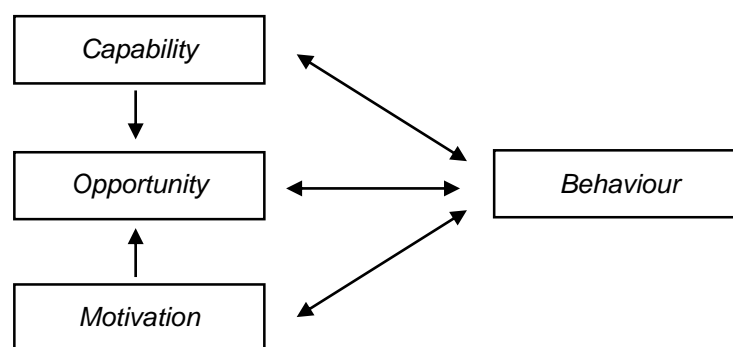
Salah satu model teori perilaku yang digunakan untuk menyusun struktur pemahaman tentang hambatan dan mengembangkan strategi implementasi adalah model COM-B teori ini menyebutkan bahwa terjadinya perubahan perilaku membutuhkan adanya *Capability*, *Opportunity*, *Motivation* yang dimana ketiganya akan saling berkaitan dalam mempengaruhi sikap atau kinerja seseorang. Model COM-B biasanya digunakan untuk mendiagnosis mengapa sikap yang diharapkan muncul untuk mendukung suatu program atau kebijakan tidak terjadi (19).

Kemampuan atau *Capability* didefinisikan sebagai kapasitas psikologis dan fisik individu untuk terlibat dalam kegiatan individu. Kemampuan dipengaruhi oleh 2 faktor yaitu: pengetahuan dan keterampilan (20). Motivasi atau *Motivation* didefinisikan sebagai semua proses otak yang memberi energi dan mengarahkan perilaku, bukan hanya tujuan dan pengambilan keputusan sadar. Motivasi dipengaruhi oleh: kebiasaan, respons emosional, serta pengambilan keputusan analitis.

Peluang atau *Opportunity* didefinisikan sebagai semua faktor yang berada di luar individu yang memungkinkan perilaku atau mendorongnya contohnya adalah pengaruh lingkungan dan orang yang berpengaruh (21).

Teori COM-B dikembangkan sebagai teori perilaku yang berfungsi untuk menemukan intervensi spesifik dan paling efektif terhadap perilaku atau kinerja dari seseorang. Teori COM-B menitik beratkan pada hubungan antara *Capability*, *Opportunity* and *Motivation* yang nantinya akan mempengaruhi sikap seseorang terhadap sesuatu atau kinerja seseorang akan pekerjaannya. Teori ini juga bersifat sangat dinamis karena bukan hanya *Capability*, *Opportunity* and *Motivation* yang mempengaruhi sikap seseorang, tetapi ada hubungan timbal balik yang muncul antara komponen-komponen tersebut (22).

**Gambar 2.5** Pendekatan Perilaku COM-B



**Sumber:** Michie et al (2011) *Implementation science*

## 6. Demam Berdarah Dengue

### 6.1 Pengertian Demam Berdarah Dengue

Demam berdarah dengue ditularkan melalui gigitan nyamuk *Aedes aegypti* yang terinfeksi oleh virus dengue dan hingga kini menyebar ke seluruh negeri. Sampai saat ini, tidak ada vaksin atau antivirus yang efektif untuk melawan infeksi virus ini kecuali mengendalikan vektor (nyamuk) yang terlibat dalam penyebaran

penyakit ini. Para ahli merekomendasikan pada negara-negara yang rentan terhadap penyebaran demam berdarah untuk melakukan pendekatan pengelolaan vektor secara terpadu dan berkelanjutan untuk menekan penyebaran penyakit ini (4).

Virus dengue menginfeksi tubuh manusia dan menyebabkan penyakit DBD atau demam berdarah, penyakit ini memiliki manifestasi klinis demam selama 2 hingga 7 hari, nyeri otot atau sendi yang disertai menurunnya trombosit dan sel darah putih dalam darah hingga pendarahan. Manifestasi DBD pada tiap orang berbeda – beda hal tersebut juga dipengaruhi oleh kondisi fisik orang tersebut, ada yang mengalami manifestasi berat atau ringan dan ada pula yang hanya merasakan demam ringan. Penegakan diagnosis DBD adalah adanya penurunan jumlah trombosit  $< 100.000 / \text{mm}^3$ , adanya kebocoran plasma ditandai peningkatan hematokrit  $\geq 20 \%$  dari nilai normal dan pemeriksaan serologis (ELISA, Rapid Diagnostic Test/RDT Dengue) menunjukkan hasil positif (23).

Kontrol DBD terutama bergantung pada control *Aedes aegypti*, karena belum ada vaksin untuk pencegahan infeksi dengue dan tidak ada obat spesifik untuk pengobatannya. Pengendalian vektor yang paling efektif adalah pengelolaan lingkungan, yang meliputi perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan, dan kegiatan pemantauan. Dari sudut pandang ini, sangat penting untuk mengetahui lingkungan yang sesuai untuk vektor. Telah diketahui dengan pasti, bahwa vektor larva hidup bergantung pada kualitas air (24)

## 6.2 Etiologi

Virus dengue adalah jenis virus yang masuk kedalam famili Flaviviridae. Virus dengue miliki 4 serotipe yang terdiri dari: DEN-1,

DEN-2, DEN-3, dan DEN-4, untuk dapat membedakan keempat serotipe diperlukan suatu metode khusus yang disebut metodologi serologi. Manusia yang terinfeksi oleh salah satu dari serotipe yang ada dapat memicu imunitas pada infeksi ulang serotipe yang sama akan tetapi hal tersebut. Virus dengue memiliki banyak kesamaan karakter dengan flavivirus lainnya, salah satunya yaitu memiliki model genom RNA rantai tunggal yang dikelilingi oleh nukleotida ikosahedral dan terlapis oleh lapisan lipid tipis. Virus dengue juga memiliki virion dengan rata-rata memiliki ukuran 11 kb (kilobases), serta memiliki urutan genom yang dimiliki lengkap yang biasanya berfungsi untuk mengisolasi keempat serotype. (1).

Demam dan sakit kepala adalah gejala utama yang terlihat di DBD, meningitis, ensefalitis, dan sinusitis adalah beberapa etiologi demam dan sakit kepala yang mirip dengan gejala DBD sehingga memerlukan diagnose lebih mendalam. Tidak adanya gejala gangguan pernafasan, seperti sakit tenggorokan dan batuk, membuat penyakit seperti influenza kurang mungkin terjadi (25).

### 6.3 Virus Dengue

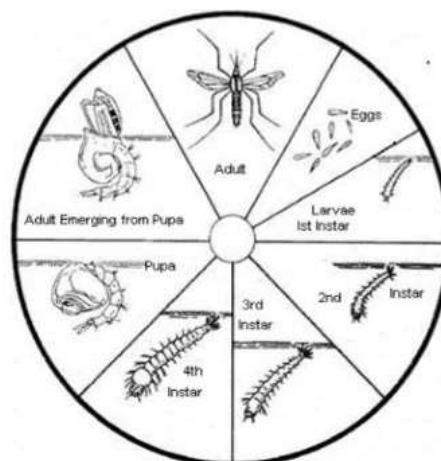
Virus Dengue (DEN) adalah virus RNA single-stranded yang terdiri dari empat serotipe yang berbeda (DEN-1 sampai -4). Serotipe virus dengue yang terkait erat ini termasuk dalam genus *Flavivirus* keluarga *Flaviviridae*. Partikel dewasa dari virus dengue berbentuk bola dengan diameter 50nm yang mengandung banyak salinan dari tiga protein struktural, lapisan ganda yang diturunkan dari host dan satu salinan genom RNA yang memiliki arti positif dan single-stranded. Genom dibelah oleh inang dan protease virus dalam tiga protein struktural. Genotipe atau garis keturunan yang berbeda (virus yang

sangat terkait dengan urutan nukleotida) telah diidentifikasi dalam setiap serotipe, yang menyoroti variabilitas genetik serotipe dengue yang luas. Genotipe "Asia" dari DEN-2 dan DEN-3 sering dikaitkan dengan penyakit parah yang menyertai infeksi dengue sekunder (1).

#### 6.4 Vektor

Serotipe virus dengue ditularkan ke manusia melalui gigitan nyamuk *Aedes* yang terinfeksi, terutama *Ae. Aegypti*. Nyamuk *Aedes* adalah spesies yang biasa hidup di iklim tropis dan subtropis dan tersebar luas di seluruh dunia. Tahapan awal dalam daur hidup nyamuk ini selalu berada di air, kebanyakan dalam wadah buatan yang terkait erat dengan kehidupan manusia dan sering berada di dalam rumah seperti di alas dispenser dan belakang kulkas. Studi menunjukkan bahwa kebanyakan *Ae. Aegypti* betina menghabiskan hidup mereka di dalam atau di sekitar tempat tinggal manusia. Wabah demam berdarah juga dikaitkan dengan *Aedes albopictus* dan telur nyamuk tersebut dapat bertahan selama berbulan-bulan tanpa air (1). Daur hidup nyamuk *Ae. Aegypti* dapat digambarkan melalui gambar dibawah ini:

**Gambar 2.6** Proses daur hidup nyamuk *Ae. Aegypti*



**Sumber :** M Sivnathan, 2006 (26)

## 6.5 Host atau Penjamu

Setelah masa inkubasi 4 - 10 hari, infeksi oleh salah satu dari empat serotipe virus dapat menghasilkan spektrum penyakit yang menyebar luas di dalam tubuh yang terinfeksi, Faktor risiko individu menentukan tingkat keparahan penyakit dan termasuk infeksi sekunder, usia, etnisitas dan kemungkinan penyakit kronis (asma bronkial, anemia sel sabit dan diabetes mellitus). Anak-anak biasanya tidak setahan orang dewasa untuk mengatasi atau menahan kebocoran kapiler dan akibatnya berisiko lebih besar terkena syok dengue <sup>(1)</sup>.

## 6.6 Pengendalian Vektor

Hingga saat ini belum ada informasi yang valid tentang ketersediaan vaksin untuk penyakit DBD dan dalam tahapan riset atau penelitian, sehingga untuk mencegah penyakit ini mewabah dan menimbulkan permasalahan kesehatan maka untuk melakukan pencegahan DBD lebih difokuskan dan ditekankan pada pengendalian vektornya yaitu nyamuk *Ae. Aegypti*. Hampir di setiap negara dan wilayah yang endemic DBD mengalami kesulitan dalam pengendalian vector sehingga masih belum dapat memutus rantai penyebaran penyakit DBD. Gagalnya pengendalian vektor dapat disebabkan oleh banyak hal, seperti pengertian dan kesadaran masyarakat yang masih rendah dan program-program pemerintah yang masih belum optimal serta kurangnya dukungan lintas sector untuk mencegah DBD. Pengendalian vector dapat dilakukan dengan beberapa cara yaitu: <sup>(2)</sup>:

### 6.6.1 Manajemen lingkungan

Manajemen lingkungan merupakan salah satu model pengelolaan lingkungan yang bertujuan memusnahkan habitat hidup nyamuk sehingga akan mengurangi populasi

nyamuk di wilayah tertentu. Manajemen lingkungan dapat berjalan dengan baik jika adanya peran aktif dari masyarakat dan komunikasi lintas sektoral yang solid. Negara seperti Kuba, Panama dan di Indonesia Kota Purwokerto dapat menjadi contoh keberhasilan pengendalian lingkungan untuk mengendalikan populasi nyamuk vektor DBD.

Menurut Barerra dkk dalam Sugito (27) Faktor lingkungan yang mempengaruhi kehidupan vektor adalah faktor abiotik dan biotik. Faktor biotik seperti iklim (curah hujan, suhu, kelembaban dan kecepatan angin) dapat mempengaruhi kegagalan telur, larva, pupa, nyamuk. Demikian juga, faktor biotik seperti predator, parasit dan makanan yang berinteraksi dalam wadah sebagai habitat perairan pradewasa juga mempengaruhi keberhasilan.

#### 6.6.2 Pengendalian Biologis

Memanfaatkan agent atau media biologis untuk mengendalikan perkembangbiakan vektor DBD dapat disebut dengan model pengendalian biologis. Pengendalian biologis yang sering atau umum dilakukan adalah menggunakan ikan di tempat penampungan air bersih sebagai pemangsa jentik nyamuk atau larva nyamuk.

Menurut hasil penelitian Nurul Hidayah dkk (24) variabel dominan yang terkait dengan keberadaan larva adalah frekuensi pengeringan kontainer yang dikontrol oleh jenis sumber air, warna wadah dan lokasi kontainer, sehingga disarankan untuk membersihkan wadah secara teratur setidaknya satu kali dalam seminggu dan penggunaannya.



dari kontainer seharusnya tidak berada dalam karakteristik potensial untuk menjadi tempat berkembang biak nyamuk. Seperti dalam wadah air mandi harus dalam warna terang dan ditempatkan di dekat jendela atau tempat yang terpapar sinar matahari langsung, dan diberi penutup sehingga nyamuk tidak bisa masuk untuk berkembang biak.

#### 6.6.3 Pengendalian Kimiawi

Pengendalian secara kimiawi adalah pengendalian vektor yang paling umum dikalangan masyarakat, pengendalian ini memanfaatkan insektisida dengan dosis dan takaran tertentu. Penggunaan insektisida dalam jangka berkepanjangan memiliki dampak negatif, selain dapat menimbulkan iritasi atau gangguan kesehatan lainnya pada manusia tetapi juga akan memacu terjadinya resistensi vektor. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Shinta dkk di Jakarta tahun 2006 dan di Bali pada tahun 2009 didapati kecenderungan vector DBD/DD mengalami resistensi setelah penggunaan insektisida dalam jangka waktu tertentu sehingga penggunaan insektisida hendaknya harus dilakukan dengan bijak dan lebih mengutamakan 3M (menguras, menutup dan mendaur ulang).

#### 6.6.4 Partisipasi Masyarakat

Pengendalian vector dengan melibatkan partisipasi masyarakat dinilai lebih baik dan efektif dibandingkan penggunaan insektisida atau pengendalian kimiawi, selain tidak menimbulkan efek samping negatif kepada manusia dan lingkungan. Partisipasi masyarakat juga dapat meningkatkan

kerjasama dan interaksi antar masyarakat yang nantinya diharapkan akan muncul kesadaran pada masyarakat bahwa mencegah penyakit lebih baik dari pada mengobati. Menggerakkan masyarakat diperlukan proses yang panjang dan kesabaran karena diperlukan penyamaan persepsi dan tujuan agar masyarakat bergerak bersama.

Penyuluhan, forum diskusi dan kegiatan PSN dapat menjadi kegiatan yang menjadi dasar dalam pemberdayaan masyarakat untuk mencegah penyakit menular seperti DBD/DD. Pemberdayaan masyarakat juga harus didukung oleh pemangku kebijakan di beragam sektor, karena tanpa adanya dukungan dan arahan dari pemangku kebijakan program-program pemberdayaan tidak akan berjalan dengan baik.

#### 6.6.5 Peraturan Perundangan

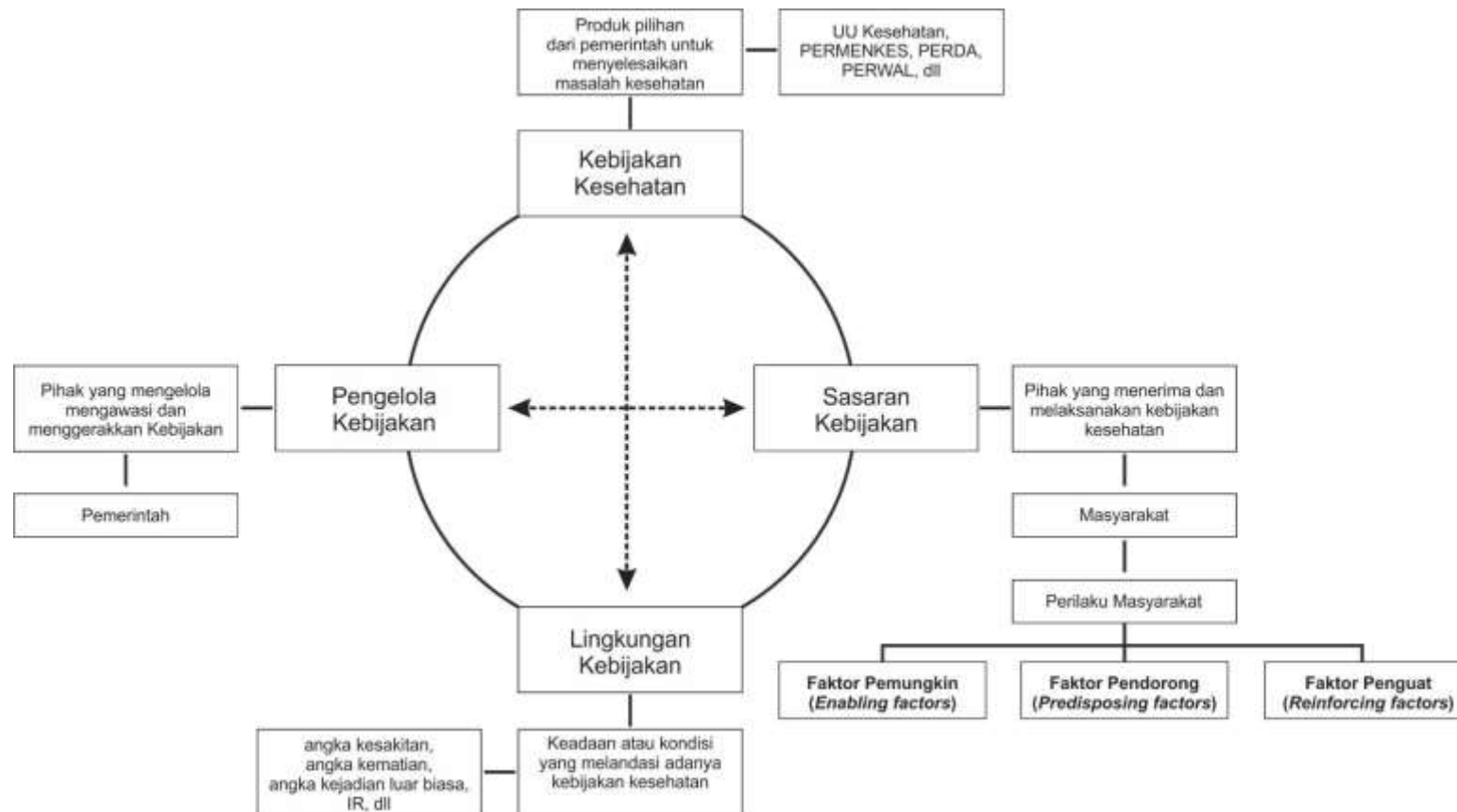
Pemerintah selaku pemangku kebijakan dapat dan berhak membuat aturan atau undang-undang untuk mengatur rakyatnya agar terhindar dari berbagai permasalahan termasuk permasalahan kesehatan. Undang-undang di bidang kesehatan memberikan payung hukum yang sah untuk menjalankan program-program pencegahan penyakit menular dan mewabah seperti DBD.

Peraturan perundangan diperlukan untuk memberikan payung hukum dan melindungi masyarakat dari risiko penularan DB/DD. Seperti telah penulis paparkan diatas bahwa DBD termasuk salah satu penyakit yang berbasis lingkungan, sehingga pengendaliannya tidak mungkin hanya dilakukan oleh sektor kesehatan. Adanya peraturan perundangan

ditingkat daerah, membuat pemerintah Indonesia semakin mudah dalam menjalankan otonomi daerah. Salah satu Kota di Indonesia yang memiliki undang undang khusus DBD adalah Kota Semarang Jawa tengah yang terwujud dalam Perda No. 5 Tahun 2010 tentang penanggulangan penyakit DBD.

## B. Kerangka Teori

**Gambar 2.7:** Komponen kebijakan kesehatan



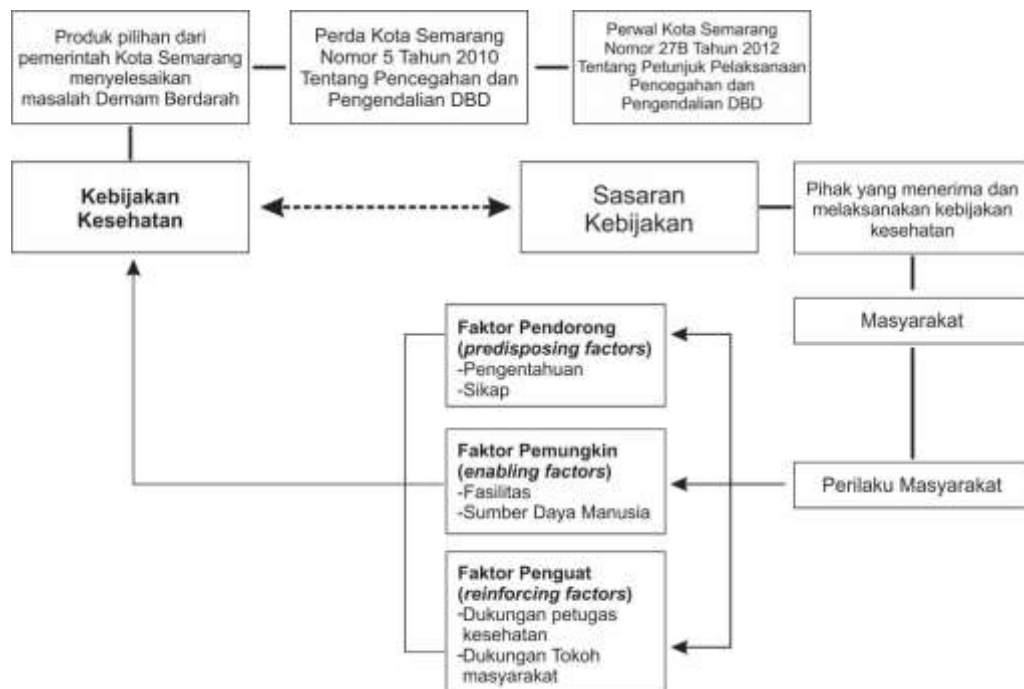
Sumber : Diolah oleh peneliti

## BAB III

### METODE PENELITIAN

#### A. Kerangka Konsep Penelitian

Gambar 3.1 Kerangka Konsep



Sumber : Diolah oleh peneliti

#### B. Variabel Penelitian

Variabel dalam penelitian Studi Implementasi Kebijakan Pencegahan DBD (Peraturan Daerah Nomor 5 Tahun 2010) di Kecamatan Tembalang Kota Semarang ini adalah:

1. Pengetahuan
2. Sikap
3. Sumberdaya Manusia
4. Dukungan Tokoh Masyarakat
5. Dukungan Petugas Kesehatan
6. Keberhasilan Implementasi Kebijakan Kesehatan

### **C. Hipotesis Penelitian**

1. Ada hubungan antara pengetahuan masyarakat terhadap Implementasi Kebijakan Pencegahan DBD (Peraturan Daerah Nomor 5 Tahun 2010) di 12 Kelurahan yang ada di Kecamatan Tembalang Kota Semarang.
2. Ada hubungan antara sikap masyarakat terhadap Implementasi Kebijakan Pencegahan DBD (Peraturan Daerah Nomor 5 Tahun 2010) di 12 Kelurahan yang ada di Kecamatan Tembalang Kota Semarang.
3. Ada hubungan antara sumberdaya manusia terhadap Implementasi Kebijakan Pencegahan DBD (Peraturan Daerah Nomor 5 Tahun 2010) di 12 Kelurahan yang ada di Kecamatan Tembalang Kota Semarang.
4. Ada hubungan antara fasilitas terhadap Implementasi Kebijakan Pencegahan DBD (Peraturan Daerah Nomor 5 Tahun 2010) di 12 Kelurahan yang ada di Kecamatan Tembalang Kota Semarang.
5. Ada hubungan antara dukungan tokoh masyarakat terhadap Implementasi Kebijakan Pencegahan DBD (Peraturan Daerah Nomor 5 Tahun 2010) di 12 Kelurahan yang ada di Kecamatan Tembalang Kota Semarang.
6. Ada hubungan antara dukungan petugas kesehatan terhadap Implementasi Kebijakan Pencegahan DBD (Peraturan Daerah Nomor 5 Tahun 2010) di 12 Kelurahan yang ada di Kecamatan Tembalang Kota Semarang.
7. Ada variabel yang paling berpengaruh terhadap implementasi Perda nomor 5 tahun 2010 Kota Semarang di 12 Kelurahan yang ada di Kecamatan Tembalang Kota Semarang.

## D. Rancangan Penelitian

### 1. Jenis Penelitian

Penelitian ini menggunakan pendekatan *Cross Sectional* dimana penelitian ini menitik beratkan pada observasi data dan waktu dilakukannya pengukuran pada variabel bebas dan variabel terikat. Pendekatan ini biasanya diperuntukkan untuk melihat adakah hubungan antar variabel (28). Studi *Cross Sectional* Peneliti akan melakukan langkah langkah sebagai berikut : merumuskan hipotesis, mengidentifikasi variabel penelitian, menentukan subyek penelitian, melakukan pengukuran, dan melakukan analisis (29)

### 2. Pendekatan Waktu Pengumpulan Data

Penelitian ini tergolong dalam penelitian *survey explanatory research* dimana penelitian ini bertujuan untuk menjelaskan pengaruh antar variabel dengan cara menguji hipotesa dan biasanya disebut juga penelitian pengujian hipotesa. Alasan peneliti menggunakan rancangan penelitian *Cross Sectional* dikarenakan variabel bebas dan terikat di observasi secara bersamaan dan diwaktu yang sama (30).

### 3. Metode Pengumpulan Data

Penelitian ini akan menggunakan kuantitatif, dimana dalam metode penelitian kuantitatif seringkali mengharuskan penggunaan angka, dari pengumpulan data, pengolahan hingga penyajian. Menurut Sugiyono, metode penelitian kuantitatif memiliki dasar yang disebut filsafat positivisme, yang umumnya dipergunakan untuk meneliti populasi atau sampel tertentu. Metode pengambilan biasanya menggunakan metode random sampling, sedangkan untuk pengumpulan data didukung dengan instrumen penelitian, analisis

data dalam penelitian kuantitatif memiliki tujuan untuk menguji hipotesis yang telah ditetapkan (31).

#### 4. Populasi Penelitian

Menurut Sugiyono (31) Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas obyek atau subyek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya. Populasi yang terdapat dalam penelitian adalah seluruh warga di 12 Kelurahan yang ada di Kecamatan Tembalang yang berjumlah 159.066 orang.

#### 5. Prosedur Sampel dan Sampel penelitian

Sampel adalah bagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi (28). Pengambilan sampel dalam penelitian ini dilakukan dengan menggunakan rumus Issac dan Michael dengan menggunakan derajat kesalahan sebesar 10%. Rumus Issac dan Michael sebagai berikut : (32)

$$\frac{\lambda^2 \cdot N \cdot P \cdot Q}{d^2 \cdot (N - 1) + \lambda^2 \cdot P \cdot Q}$$

dimana:

- s = Jumlah sampel
- N = Jumlah populasi
- P = Peluang benar 5%
- Q = Peluang salah 5%
- $\lambda$  = Nilai Chi - kuadrat
- d = Derajat akurasi

Berdasarkan tabel penentuan jumlah sample populasi menggunakan oleh Issac dan Michael dengan tingkat derajat kesalahan 10%, diperoleh jumlah sampel di 12 Kelurahan yang ada di Kecamatan Tembalang sebanyak 270 orang. Pengambilan sampel pada penelitian



menggunakan probability sampling dengan teknik proportionate random sampling. Proportionate random sampling adalah teknik pengambilan sampel yang dilakukan apabila sifat atau unsur dalam populasi tidak homogen dan berstrata secara proporsional (33). Dalam pengambilan setiap sampel pada masing-masing kelurahan agar sampel yang diambil lebih proporsional maka digunakanlah rumus proporsional dengan rumus sebagai berikut :

$$n = \frac{x}{N} \times NI$$

n = Jumlah sampel yang diinginkan pada setiap kategori

x = Jumlah populasi pada setiap kategori

N = Jumlah seluruh populasi

NI = Besar sampel penelitian

**Tabel 3.1** Perhitungan Jumlah Sempel pada 12 Kelurahan

No	Nama Kelurahan	Perhitungan	Jumlah Sempel
1	Rowosari	$\frac{11249}{159066} \times 270$	19
2	Meteseh	$\frac{16870}{159066} \times 270$	28
3	Kramas	$\frac{3484}{159066} \times 270$	7
4	Tembalang	$\frac{5585}{159066} \times 270$	10
5	Bulusan	$\frac{5280}{159066} \times 270$	10
6	Mangunharjo	$\frac{9104}{159066} \times 270$	15
7	Sendangmulyo	$\frac{34078}{159066} \times 270$	57
8	Sambiroto	$\frac{12601}{159066} \times 270$	21
9	Jangli	$\frac{6583}{159066} \times 270$	12

No	Nama Kelurahan	Perhitungan	Jumlah Sampel
10	Tandang	$\frac{20774}{159066} \times 270$	35
11	Kedungmundu	$\frac{11442}{159066} \times 270$	19
12	Sendangguwo	$\frac{22016}{159066} \times 270$	37

## 6. Definisi Oprasional Variabel Penelitian dan Skala Pengukuran

**Tabel 3.2** Definisi Oprasional

Variabel	Definisi Oprasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
Pengetahuan	Pengetahuan adalah Penginderaan terjadi melalui pencaindera manusia, yakni indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba yang diterima oleh masyarakat dalam melaksanakan Perda Kota Semarang No. 5 Tahun 2010	Responden mengisi angket sendiri	Kuesioner	Pertanyaan Positif SS = 4 S = 3 TS = 2 STS = 1 Pertanyaan Negatif SS = 1 S = 2 TS = 3 STS = 4	Ordinal
Sikap	Sikap adalah persepsi, kepribadian, dan motivasi yang dikeluarkan oleh masyarakat dalam melaksanakan Perda Kota Semarang No. 5 Tahun 2010	Responden mengisi angket sendiri	Kuesioner	Pertanyaan Positif SS = 4 S = 3 TS = 2 STS = 1 Pertanyaan Negatif SS = 1 S = 2 TS = 3 STS = 4	Ordinal
Sumberdaya Manusia	Sumberdaya manusia adalah kuantitas dan kualitas sumber daya manusia yang telah diberikan oleh pemangku kebijakan kepada masyarakat dalam	Responden mengisi angket sendiri	Kuesioner	Pertanyaan Positif SS = 4 S = 3 TS = 2	Ordinal

Variabel	Definisi Oprasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
	menunjang pelaksanaan Perda Kota Semarang No. 5 Tahun 2010			STS = 1 Pertanyaan Negatif SS = 1 S = 2 TS = 3 STS = 4	
Dukungan Tokoh Masyarakat	Dukungan Tokoh Masyarakat adalah dukungan yang didapat dari tokoh masyarakat yang ada di wilayah pelaksanaan Perda Kota Semarang No. 5 Tahun 2010 di Tembalang Kota Semarang terhadap pelaksanaan	Responden mengisi angket sendiri	Kuesioner	Pertanyaan Positif SS = 4 S = 3 TS = 2 STS = 1 Pertanyaan Negatif SS = 1 S = 2 TS = 3 STS = 4	Ordinal
Dukungan Petugas Kesehatan	Dukungan Petugas Kesehatan adalah dukungan yang didapat dari petugas kesehatan yang ada di wilayah pelaksanaan Perda Kota Semarang No. 5 Tahun 2010 di Tembalang Kota Semarang terhadap pelaksanaan	Responden mengisi angket sendiri	Kuesioner	Pertanyaan Positif SS = 4 S = 3 TS = 2 STS = 1 Pertanyaan Negatif SS = 1 S = 2 TS = 3 STS = 4	Ordinal
Keberhasilan Implementasi	<i>Kesuksesan dalam penerapan program-program yang bertujuan</i>	Responden mengisi angket sendiri	Kuesioner	Pertanyaan Positif SS = 4	Ordinal

Variabel	Definisi Oprasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
Kebijakan Kesehatan	<i>untuk mencegah penyebaran penyakit DBD di Kecamatan Tembalang Kota Semarang</i>			S = 3 TS = 2 STS = 1 Pertanyaan Negatif SS = 1 S = 2 TS = 3 STS = 4	

## 7. Instrumen Penelitian dan Cara penelitian

### 7.1 Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian merupakan alat yang digunakan untuk mengukur fenomena alam maupun sosial yang diamati (31). Jumlah instrument yang akan digunakan untuk penelitian tergantung pada jumlah variabel yang akan diteliti. Pengembangan proses uji instrument pada penelitian menggunakan uji validitas dan uji reliabilitas yang digunakan untuk menguji tiap item pertanyaan yang dibuat oleh peneliti. Jika data sudah valid dan reliable maka setiap item pertanyaan tersebut sudah bisa digunakan untuk pengumpulan data (31). Pengujian uji validitas dan uji reliabilitas akan dilakukan setelah angket disebarakan kepada 30 responden warga Kecamatan Banyumanik.

#### 7.1.1 Uji Validitas

Validitas berasal kata validity yang artinya sejauhmana ketepatan suatu alat ukur dalam mengukur suatu data. Untuk mengetahui validitas suatu instrumen (dalam hal kuesioner) dilakukan dengan cara melakukan korelasi antar skor masing-masing variabel dengan skor totalnya. Suatu variabel (pertanyaan) dikatakan valid bila skor variabel tersebut berkorelasi secara signifikan dengan skor totalnya. Teknik korelasi yang digunakan korelasi Pearson Product Moment (34):

$$r = \frac{N (\sum XY) - (\sum X \sum Y)}{\sqrt{\{(N \sum X^2) - (\sum X^2)\} \{(N \sum Y^2) - (\sum Y^2)\}}}$$

Keterangan:

r = Koefisien korelasi

N = Jumlah responden

$\sum X$  = Jumlah skor item

$\sum Y$  = Jumlah skor total item (seluruh item)

Keputusan uji :

- a. Bila r hitung > r tabel artinya variabel valid
- b. Bila r hitung < r tabel artinya variabel tidak valid

#### 7.1.2 Uji Reabilitas

Realibilitas adalah suatu ukuran yang menunjukkan sejauhmana hasil pengukuran tetap konsisten bila dilakukan pengukuran dua kali atau lebih terhadap gejala yang sama dan dengan alat ukur yang sama. Pengukuran reliabilitas pada dasarnya dapat dilakukan dengan dua cara (34):

- a. *Repeated Measure* atau ukur ulang. Pertanyaan ditanyakan pada reponden berulang pada waktu yang berbeda (misal sebulan kemudian), dan kemudian dilihat apakah ia tetap konsistendengan jawabannya.
- b. *One Shot* atau diukur sekali saja. Disini pengukurannya hanya sekali dan kemudian hasilnya dibandingkan dengan pertanyaan lain.

Pada umumnya pengukuran dilakukan dengan *One Shot* dengan beberapa pertanyaan.

Pengujian reliabilitas dimulai dengan menguji validitas terlebih dahulu. Jadi jika pertanyaan tidak valid, maka pertanyaan tersebut dibuang. Pertanyaan-pertanyaan yang sudah valid kemudian baru secara bersama-sama diukur reliabilitasnya. Untuk menguji reliabilitas instrument dalam penelitian, menggunakan koefisien reliabilitas Alfa Crombach. Keputusan uji yaitu:

- a. Bila Crombach Alpha  $\geq 0,6$   $\diamond$  artinya variabel reliabel.
- b. Bila Crombach Alpha  $< 0,6$   $\diamond$  artinya variabel tidak reliabel.

## 7.2 Cara Penelitian

Penelitian ini dilakukan selama 2 bulan, dengan membagikan angket kepada warga di 12 Kelurahan yang ada di Kecamatan Tembalang yang terdiri dari 270 orang. Angket yang dibagikan ke warga akan diisi sendiri oleh warga tersebut dan kemudian di kembalikan kepada peneliti untuk nantinya diolah dengan aplikasi SPSS sehingga akan didapatkan data berbentuk angka yang digunakan untuk menjawab pertanyaan penelitian.

## 8. Teknik Pengolahan dan Analisis Data

### 8.1 Teknik Pengolahan Data

Dalam pengolahan data ada beberapa langkah pokok yang harus dilakukan. Beberapa langkah-langkah tersebut dari: editing, koding dan tabulasi. Secara rinci penjelasan mengenai



langkah pokok pengolahan data tersebut dapat dilihat sebagai berikut:

#### 8.1.1 Editing

Editing diperlukan untuk melihat kembali data yang telah dikumpulkan oleh peneliti apakah ada kekurangan yang dapat diperbaiki untuk menunjang perumusan hasil penelitian. Pengeditan merupakan proses pengecekan dan penyesuaian yang diperlukan terhadap data penelitian untuk memudahkan proses pemberian kode dan pemrosesan data dengan teknik statistik.

#### 8.1.2 Koding

Dalam proses pengolahan data coding dapat diartikan sebagai usaha untuk mengklasifikasikan data menurut jenis dan ragamnya. Pengelompokan data hasil rekaman lapangan ke dalam kategori-kategori tertentu ini sering ditempuh dengan menggunakan simbol-simbol, baik berupa angka maupun huruf yang dapat dimengerti oleh pengolah data maupun pihak lainnya.

#### 8.1.3 Tabulasi

Tabulasi merupakan kegiatan menggambarkan jawaban responden dengan cara tertentu. Tabulasi juga dapat digunakan untuk menciptakan statistik deskriptif atas variabel-variabel yang diteliti atau variabel yang akan ditabulasi silang.

#### 8.1.4 Analisis Data

Metode statistik sangat berperan dalam proses analisis data penelitian kuantitatif karena data berupa angka. Statistik diperlukan untuk menyusun dan merumuskan hipotesis, serta untuk mengembangkan dan menyusun rancangan penelitian bahkan hingga menentukan besar sampel penelitian.

#### 8.1.5 Interpretasi Data

Data yang sudah mengalami proses analisis data harus diinterpretasikan untuk memudahkan dalam penafsiran sehingga kesimpulan dari analisis data dapat ditarik dengan lebih mudah yang nantinya bertujuan untuk memudahkan pembaca untuk memahaminya.

### 8.2 Analisis Data

Penelitian menggunakan Statistical Program for Social Science (SPSS) untuk mengolah dan menganalisis data. Data yang dikumpulkan dilakukan analisis dalam 3 tahap yaitu sebagai berikut:

#### 8.2.1 Analisis Univariat

Analisis univariat dilakukan untuk menjelaskan karakteristik masing-masing variabel yang diteliti. Setiap variabel dari hasil penelitian akan keluar dalam bentuk frekuensi dan prosentase dari setiap variabel independen dan dependen.

### 8.2.2 Analisis Bivariat

Analisis bivariate dilakukan untuk menguji hubungan antar dua variabel. Uji yang dilakukan adalah uji Chi Square dan Confident Interval 95% pada  $\alpha$  (tingkat kemaknaan) = 0,05. Uji chi square memiliki prinsip pengujian untuk membandingkan frekuensi yang diamati (observasi) dengan frekuensi yang diharapkan (ekspektasi). Bila nilai frekuensi observasi dengan nilai frekuensi harapan sama, maka dikatakan tidak ada perbedaan yang bermakna (signifikan). Sebaliknya, bila nilai frekuensi observasi dan nilai frekuensi harapan berbeda, maka dikatakan ada perbedaan yang bermakna (signifikan).

### 8.2.3 Analisis Multivariat

Analisis multivariat dilakukan untuk mengetahui variabel independen mana yang paling berpengaruh terhadap variabel dependen. Menggunakan uji regresi logistik ganda dengan model prediksi pada derajat kepercayaan 95% dan nilai kemaknaan p-value  $\leq 0,05$ .

## DAFTAR PUSTAKA

1. World Health Organization. Dengue: guidelines for diagnosis, treatment, prevention, and control. Spec Program Res Train Trop Dis [Internet]. 2009;x, 147. Available from:  
[http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241547871\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241547871_eng.pdf)
2. Kementerian Kesehatan RI. Demam Berdarah Dengue. Bul Jendela Epidemiol. 2010;2:48.
3. Rachmawati F, Sariatmi A, Patriajati S. Analisis Pengendalian Penyakit DBD sesuai Peraturan daerah Kota Semarang Nomor 5 Tahun 2010 tentang Pengendalian Penyakit Demam Berdarah Dengue di Kecamatan Tembalang. J Kesehat Masy. 2016;4(April):10–9.
4. Boonchutima S, Kachentawa K, Limpavithayakul M. Journal of Infection and Public Health Longitudinal study of Thai people media exposure , knowledge , and behavior on dengue fever prevention and control. J Infect Public Health [Internet]. 2017;10(6):836–41. Available from:  
<https://doi.org/10.1016/j.jiph.2017.01.016>
5. Rakasiwi G. Implementasi Peraturan Daerah Kota Semarang Nomor 5 Tahun 2010 tentang Pengendalian Penyakit Demam Berdarah Dengue di Kecamatan Tembalang Kota Semarang. J Kesehat Masy. 2017;4(April):10–9.
6. Smith V. A qualitative analysis: using the Health Belief Model to explain Dengue fever in two communities in Trinidad and Tobago. J Dep Behav Sci [Internet]. 2012;2(1):90–101. Available from:  
<http://libraries.sta.uwi.edu/journals/ojs/index.php/jbs/article/view/317>
7. Kusumo RA, Setiani O, Budiyo. Evaluasi Program Pengendalian

- Penyakit Demam Berdarah Dengue ( DBD ) di Kota Semarang 2011. J Kesehat Lingkung Indones. 2014;13(1):26–9.
8. Nuraini S. Analisis Implementasi Kebijakan Pengendalian Demam Berdarah Dengue di Puskesmas Kedungmundu Kecamatan Tembalang Kota Semarang. 2012;8208(5):8208.
  9. Purwanto EA. Implementasi Kebijakan Publik “Konsep dan Aplikasinya di Indonesia.” 1st ed. Yogyakarta: Gava Media; 2012. 194 p.
  10. Anggara S. Kebijakan Publik. Jakarta: Pustaka Setia; 2014.
  11. Sulila I. Impelentasi Dimensi Pelayanan Publik dalam Konteks Otonomi Daerah. Yogyakarta: Deepublish; 2015.
  12. Rahmat AA. Policy Implementation: Process and Problems. ISSNPrint) Int J Soc Sci Humanit Res ISSN. 2015;3(3):2348–3156.
  13. Dunn W. Analisis Kebijakan Publik Edisi ke 2. 2nd ed. Darwin M, editor. Yogyakarta: UGM PRESS; 2012. 687 p.
  14. Pemerintah Kota Semarang. Perwal Kota Semarang No. 27B tahun 2012. Indonesia; 2012.
  15. Danchi RA. Proses dan Analisis Kebijakan Kesehatan (Suatu Pendekatan Konseptual). Yogyakarta: Budi Utama; 2017.
  16. Kemenkes RI. Undang-undang RI No. 4 Tahun 1984 Tentang Wabah Penyakit Menular. 1984 p. 1–14.
  17. Negara Republik Indonesia. UU Nomor 36 Tahun 2009. Indonesia; 2009.
  18. Pemerintah Kota Semarang. Peraturan Daerah Kota Semarang. Pengendali penyakit Demam Berdarah Dengue. 2010;11.
  19. Handley MA, Gorukanti A, Cattamanchi A. Strategies for implementing implementation science: A methodological overview. Emerg Med J.

- 2016;33(9):660–4.
20. Barker F, Atkins L, Lusignan S De. Applying the COM-B behaviour model and behaviour change wheel to develop an intervention to improve hearing-aid use in adult auditory rehabilitation wheel to develop an intervention to improve hearing-aid use in. 2016;2027.
  21. Michie S, van Stralen MM, West R. The behaviour change wheel: A new method for characterising and designing behaviour change interventions. *Implement Sci*. 2011;6(1).
  22. Eliasson L, Barber N, Weinman J. Applying COM-B to medication adherence work tended to focus on the role and its effects on patient. 2011;7–17.
  23. Kemenkes RI. Buku Saku Pengendalian Demam Berdarah Dengue Untuk Pengelolaan Program DBD di Puskesmas. Direktorat Jendral Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan; 2013. 28 p.
  24. Hidayah N, Iskandar I, Abidin Z. Prevention of Dengue Hemorrhagic Fever (DHF) Associated with the *Aedes aegypti* Larvae Presence based on the Type of Water Source. *J Trop Life Sci* [Internet]. 2017;7(2):115–20. Available from: <http://jtrolis.ub.ac.id/index.php/jtrolis/article/view/623>
  25. Bruce R. Guerdan, MD M. Dengue fever/dengue hemorrhagic fever. *Am J Clin Med* [Internet]. 2010;7(2):51–3. Available from: <http://www.aapsus.org/articles/50.pdf>
  26. Sivnathan. The Ecology And Biology Of *Aedes Aegypti* (L.) And *Aedes Albopictus* (Skuse) (Diptera: Culicidae) And The Resistance Status Of *Aedes Albopictus* (Field Strain) Against Organophosphates In Penang. 2006;

27. Sugito BH. The Relation Between Rainfall With Prevalence Of Dengue Hemorrhagic Fever ( DHF ) In Children Ages 5-14 Years. *Int J Sci Technol Res.* 2016;5(11):54–7.
28. Sugiyono. *Statistika untuk penelitian.* Bandung: Alfabeta; 2010.
29. Sastroadmojo S. *Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Klinis.* Jakarta: Binarupa Aksara; 1995.
30. Kusnanto H. *Metode Kualitatif Dalam Riset Kesehatan.* Jakarta: Ghailia Indonesia; 1999.
31. Sugiono. *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R&D.* Bandung: Alfabeta; 2012.
32. Sugiyono. *Metode Penelitian Kombinasi (Mixed Methods).* Bandung: Alfabeta; 2016.
33. Martono N. *Metode Penelitian Kuantitatif : Analisis Isi dan Analisis Data Sekunder.* Jakarta: Raja Grafindo Persada; 2012.
34. L Sabri. *Statistik Kesehatan.* Jakarta: PT Rajagrafindo Persada; 2014.